

PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE COLETIVA I

Organizadoras

Cristiane Damiani Tomasi

Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Luciane Bisognin Ceretta

Paola Rodegheri Galeli



2021 ©Copyright UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

Av. Universitária, 1105 – Bairro Universitário

C.P. 3167 – 88806-000 – Criciúma – SC

Fone: +55 (48) 3431-2500 – Fax: +55 (48) 3431-2750

Reitora

Luciane Bisognin Ceretta

Vice-Reitor

Daniel Ribeiro Preve

Conselho Editorial

Dimas de Oliveira Estevam (Presidente)

Angela Cristina Di Palma Back

Cinara Ludvig Gonçalves

Fabiane Ferraz

Marco Antônio da Silva

Merisandra Côrtes de Mattos Garcia

Miguelangelo Gianezini

Nilzo Ivo Ladwig

Rafael Rodrigo Muller

Reginaldo de Souza Vieira

Ricardo Luiz de Bittencourt

Richarles Souza de Carvalho

Vilson Menegon Bristot

PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE COLETIVA I

Organizadoras

Cristiane Damiani Tomasi

Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Luciane Bisognin Ceretta

Paola Rodegheri Galeli

**Criciúma
UNESC
2021**



Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol)

Campus Universitário da UNESC

bloco S, 1º andar, sala 115, fone: +55 (48) 3431-2609

www.unesc.net/ppgscol

Coordenação do PPGSCol – Gestão 2018-2021

Cristiane Damiani Tomasi

Fabiane Ferraz

Professores do PPGSCol

Antônio Augusto Schäfer

Cristiane Damiani Tomasi

Fabiane Ferraz

Fernanda de Oliveira Meller

Jacks Soratto

Joni Márcio de Farias

Lisiane Tuon

Luciane Bisognin Ceretta

Maria Inês da Rosa

Renan Antônio Ceretta

Vanessa Iribarren de Avena Miranda

Willians Cassiano Longen

Área de concentração

Gestão do cuidado e educação em saúde

...

Editora da UNESC
Editor-Chefe: Dimas de Oliveira Estevam

Revisão gramatical e ortográfica: Valmor Fritsche e Maria Cecília Pilati de Carvalho Fritsche

Capa, projeto gráfico e diagramação: Luiz Augusto Pereira



As ideias, imagens e demais informações apresentadas nesta obra são de inteira responsabilidade de seus autores e/ou organizadores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P912 Práticas e saberes em saúde coletiva I [recurso eletrônico] / Organizadoras Cristiane Damiani Tomasi ... [et al.] - Criciúma, SC: UNESC, 2021. 303 p. : il.

Modo de acesso: <<http://www.unesc.net/portal/capa/index/300/5886/>>.

ISBN: 978-65-87458-38-0

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat>

1. Saúde pública. 2. Trabalho na saúde. 3. Assistência farmacêutica. 4. Planejamento de cardápio. 5. Saúde mental. 6. Acolhimento. 7. Transtornos do espectro autista - Pacientes - Cuidados dentários. 8. Programa Bolsa Família (Brasil). 9. Segurança alimentar e nutricional. 10. Toxoplasmose em gestantes. 11. Violência contra a mulher. 12. Soroprevalência de sífilis. 13. Ansiedade em crianças. 14. Papilomavírus. 15. Hidroterapia - Idosos. 16. Agropecuarista - Saúde funcional. 17. Fisioterapia preventiva. I. Título.

CDD - 22. ed. 341.12191

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida, arquivada ou transmitida, por qualquer meio ou forma, sem prévia permissão por escrito da Editora da Unesc.

PREFÁCIO

Passear por esta coletânea é como assistir a um filme em sua melhor versão. Ela, de conteúdo técnico, e eu, acostumado às mensagens acadêmicas do nosso dia a dia, acabei-me por esquecer que se tratava de um manuscrito científico. A evidência aqui se tornou mais que evidência – marcou as páginas como uma chancela.

Aprendi um certo dia que ciência – diferentemente de pesquisa – se faz com o acúmulo das evidências, e, de forma proposital ou não, o que aqui se conversa me prende ao ver a coesão do que está posto. Pesquisa, novamente – o meio de se fazer ciência – não pode se fazer refém de um suposto maniqueísmo criado entre pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa. Os métodos são visivelmente complementares, em busca da verdade no universo – o dever da ciência, e que esta coletânea de trabalhos une de forma muito elegante.

Ao me debruçar sobre o conteúdo, o colorido passeio começa – sobretudo pela diversidade de temas, mas que, ao fim e ao cabo, torna-se uno. Consigo ver ênfase à saúde mental e o papel de familiares no cuidado às pessoas com transtornos mentais; às experiências vividas por profissionais de saúde no cuidado com a população indígena, especialmente cirurgiões-dentistas; no uso de recursos visuais para o auxílio em procedimentos odontológicos também em pessoas com transtorno mental; na nutrição tentativamente remediadas por políticas afirmativas, assim como a avaliação do cardápio de escolas públicas; nas estratégias de promoção da saúde por exercício físico e nas condições de saúde laborais de trabalhadores; e na tentativa de entendimento de fatores correlatos de adolescentes e jovens ao volante em relação à morte incidental dentre outros.

Mas, sob minha perspectiva, o cenário que chama atenção é aquele que reflete, com base em evidências, o que o brasileiro(a) vê (ou tenta não ver): a desigualdade social e suas (tentativas de) contramedidas. Mais precisamente, a violência contra a mulher e suas condições de saúde.

Edição após edição, o *Global Burden of Diseases* reporta o aumento no número de mortes violentas de mulheres por ações propositais ou incidentais. Neste livro, evidências mostram associações positivas entre diferentes formas de violência e violência sexual em mulheres – um tema que a mim, ainda que não sendo o meu lugar de fala, me é muito caro. Mulheres privadas de liberdade têm diagnóstico de sífilis com prevalência superior a outros locais, reforçando o aumento na assistência em ambiente carcerário. Também, puérperas têm diagnóstico de toxoplasmose aumentado em relação a outras cidades, sabidamente fator de risco para abortamento durante ou ao fim da gestação. Muito embora de baixa prevalência geral no Brasil, aqui nota-se que isso ainda não se sustenta como unanimidade.

Este livro me causou reflexões importantes e relevantes para a contínua compreensão do que é Saúde Coletiva – e poderia continuar a listar adjetivos mil para transmitir a qualidade do conteúdo aqui disponível. Convido você, leitor, para o passeio da ciência, ou da pesquisa, ou da evidência, ou do texto, ou de como você quiser chamar. Aprecie a jornada!

Prof. Dr. Lucas Helal

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil

Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Promoção de Saúde - GEPPS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
PARTE 1	11
EDUCAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE	
ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA Janaína dos Santos Nunes, Jójce Pereira Ricardo e Marília Schutz Borges	12
AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE CARDÁPIOS PARA PRÉ-ESCOLARES DE UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL MUNICIPAL DE CRICIÚMA – SC Francini Agostinho da Silva, Marco Antônio da Silva, Renata de Souza Manique Barreto e Fabiane Maciel Fabris	31
COMPREENDENDO AS ESTRATÉGIAS DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE USUÁRIOS DO CAPS I MICRORREGIONAL DE LAURO MÜLLER – SC Juliana Daniel Rabelo, Rosa Nadir Teixeira Jerônimo, Zolnei Vargas E. de Córdova e Dipaula Minotto da Silva	58
EVOLUÇÃO NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO POR MEIO DE PECS Andressa Martins da Costa, Gabriela Aguiar Giassi, Fernanda G. F. Sonego e Renan Antonio Ceretta	102

REPERCUSSÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS
FAMÍLIAS BENEFICIADAS DE UM MUNICÍPIO DO SUL
CATARINENSE **121**

Carolina Kanarek da Silva, Lara Canever, Rita Suselaine
Vieira Ribeiro, Rosimar Fagundes Rodrigues e Paula Rosane
Vieira Guimarães

PARTE 2 **143**
EPIDEMIOLOGIA APLICADA AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE

PREVALÊNCIA DE TOXOPLASMOSE EM GESTANTES
ATENDIDAS EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC NO
PERÍODO DE 2014 A 2015 **144**

Gisele Cristina de Oliveira Rivas, Liziane Martins da Silva, Haylla
Santos de Sousa e Emanuel de Souza

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL: UMA
ANÁLISE A PARTIR DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO **166**

Jusimari Aparecida Estadler Candiotto, Karen Gertrudes Baesso,
Paola Rodegheri Galeli, Ioná Vieira Bez Birolo e Cristiane
Damiani Tomas

SOROPREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM REEDUCANDOS
DO PRESÍDIO REGIONAL DE CRICIÚMA/SC E
PENITENCIÁRIA FEMININA DE CRICÚMA/SC **192**

Patriny Luiz Clezar, Haylla Santos de Sousa e Emanuel de Souza

AValiação DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E
DEPRESSÃO EM CRIANÇAS OBESAS **214**

Cynthia Salvan Manenti e Karin Martins Gomes

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE HPV EM EXAMES
PREVENTIVOS REALIZADOS NO PERÍODO DE
JANEIRO DE 2014 A DEZEMBRO DE 2016 EM UM
LABORATÓRIO PRIVADO NO MUNICÍPIO DE
TUBARÃO/SC** **237**

Gergiane Teixeira Pereira, Karina Lumertz Hendler, Haylla Santos
de Sousa e Emanuel de Souza

PARTE 3 **255**
PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTEGRALIDADE

**AVALIAÇÃO DA HIDROTERAPIA EM GRUPOS
DE MULHERES IDOSAS EM UMA CLÍNICA DE
FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE** **256**

Natália Pasini Bratti, Evelin Vicente e Ariete Inês Minetto

**CONDIÇÃO DE SAÚDE FUNCIONAL E CAPACIDADE
PARA O TRABALHO DE AGROPECUARISTAS DE
NOVA VENEZA/SC** **274**

Larissa Damiani Romagna, Tainara Tramontin, e Willians
Cassiano Longen

**A TRANSDISCIPLINARIDADE E O VOLUNTARIADO
COMO AGENTES PROMOTORES DE CIDADANIA** **291**

Rafael Amaral Oliveira, José Eduardo Martelo Reinaldo, Mariana
Gabriela Apolinário Mian e Mariana Grizzo Lima

**FISIOTERAPIA PREVENTIVA – PERCEPÇÃO DOS
ALUNOS SOBRE VIOLÊNCIA NO TRÂNSITO E SUAS
CONSEQUÊNCIAS** **303**

Gislaine Jung Nunes, Willians Cassiano Longen e Sandro Ressler

CONSIDERAÇÕES FINAIS **330**

APRESENTAÇÃO

A obra *Práticas e Saberes em Saúde Coletiva I* é uma iniciativa do Núcleo de Saúde Coletiva e Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense, como forma de valorizar os trabalhos realizados na área da Saúde Coletiva. A primeira edição dessa série resulta de experiências e olhares diversos dentro deste campo de conhecimento de natureza interdisciplinar que tem sua composição a partir da epidemiologia, do planejamento e gestão em saúde e das ciências sociais em saúde.

Os capítulos apresentados nesse e-book são advindos de trabalhos de originados nas áreas de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia, trazendo uma aproximação com diferentes cenários de práticas e dando voz para diferentes atores envolvidos no cuidado em saúde. Estão dispostos em três eixos organizadores, sendo eles “Educação e Gestão do Trabalho na Saúde”, “Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde” e “Promoção da Saúde e Integralidade”.

Ao construir o *Práticas e Saberes em Saúde Coletiva I* vislumbra-se a possibilidade de ampliação dos olhares sobre a Saúde Coletiva. Compreende-se a importância da divulgação e publicização de dados e informações advindas de pesquisas dessa área e registra-se as atividades desenvolvidas por uma universidade comunitária em sua região de abrangência. Sendo assim, uma aposta no conhecimento, na ciência e de forma acessível ao público.

As organizadoras

Parte 1

Educação e Gestão do Trabalho na Saúde

INTRODUÇÃO

Na parte 1, concentram-se os capítulos alinhados à Educação e Gestão do Trabalho na Saúde, em que os cenários de desenvolvimento incluíram Unidades Básicas de Saúde, serviços de Saúde Mental e uma Clínica de Odontologia, ampliando aos setores da Educação e Assistência Social. Destaca-se que esses capítulos tratam dos processos de trabalho nos referidos locais, assim como ferramentas de trabalho e a forma como os usuários atendidos enxergam o que lhes é ofertado.

ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat01>

Janaína dos Santos Nunes

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
jana.snunes@hotmail.com

Jóyce Pereira Ricardo

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
joycericardo@hotmail.com

Marilia Schutz Borges

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
msb@unesc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é o primeiro nível de acesso dos usuários ao sistema de saúde, abrangendo cuidados essenciais aos principais problemas da comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). De acordo com os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica tem como estratégia firmar a reorientação da política de saúde no país, exercendo atividade de interligação e aprimoramento do eixo ordenador de toda a rede de atenção à saúde. É essencial que a atenção básica caminhe pelos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, humanização, equidade e da participação social (ESCOREL *et al.*, 2007; TANAKA, 2011; MAEYAMA *et al.*, 2018).

No âmbito da atenção básica, contamos com a inserção do farmacêutico atuando na equipe multidisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), de forma a realizar ações de cuidado à saúde dos usuários. As UBSs desempenham papel central na garantia de acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade (MELO; CASTRO, 2017).

Neste contexto, é importante destacar a existência da Política Nacional de Medicamentos, que realiza ações para promover melhorias de assistência à saúde da população, visando assim a eficácia, a garantia da segurança, e a qualidade dos medicamentos fornecidos (BRASIL, 1998; VASCONCELOS *et al.*, 2017). Diante disto, a assistência farmacêutica representa ações interligadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no âmbito individual como no âmbito coletivo (MARIM *et al.*, 2003; LEITE *et al.*, 2016).

Entre as áreas da assistência farmacêutica existe o cuidado farmacêutico, que tem como objetivo beneficiar o paciente com a terapia segura e efetiva, atender às necessidades farmacoterapêuticas (BERNARDI *et al.*, 2014), prevenir agravos, promover educação em saúde e o uso racional de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A promoção do uso racional de medicamentos tem como finalidade orientar o uso dos medicamentos, por meio de estratégias e atividades que visam promover a melhor escolha de acordo com evidências científicas, com-

provando sua segurança e efetividade (BRASIL, 2013a). Além disso, proporciona ao paciente uma dispensação adequada com as orientações devidamente explicadas (WHO, 1985; AQUINO, 2008; OMS, 2015; PINTO, 2015).

Uma das áreas que vai ao encontro destas ações é a farmácia clínica. Nessa atuação, o profissional presta zelo ao paciente, de forma a aperfeiçoar a farmacoterapia, possibilitando saúde, bem-estar e a prevenção de agravos. (BRASIL, 2013b). Esta prática, segundo a resolução n. 586/2013, pode ser realizada através de consultas, onde o farmacêutico faz a anamnese e seleciona terapias farmacológicas e não farmacológicas. Além disso, é possível fazer outras intervenções, inclusive encaminhamentos para os demais profissionais da saúde (ROZENFELD; FONSECA; ACURCIO, 2008; BRASIL, 2013c; MARTIN; FABER, 2016; COSTA *et al.*, 2017).

Os serviços clínicos são importantes; pois, segundo dados do Ministério da Saúde, no mundo, mais de 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada. Além disso, mais de 50% dos pacientes utilizam fármacos incorretamente, aumentando os índices de morbidade e mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O uso inadequado de medicamentos também está relacionado à polimedicação, automedicação e na prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas (MARIN *et al.*, 2008). Os medicamentos, quando consumidos em doses acima do recomendado, ou até mesmo os não prescritos, podem gerar consequências no organismo, desde uma reação alérgica até mesmo o óbito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Dados alarmantes publicados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) demonstram que os medicamentos ocupam a primeira posição dos agentes intoxicantes em seres humanos desde 1999 e, no ano de 2016, foram responsáveis por 40,10% dos casos registrados por intoxicação (SINITOX, 2016).

O farmacêutico é o profissional que pode colaborar para a redução destes problemas, como foi observado no estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os autores avaliaram 386 prescrições de pacientes e, após análise, foram propostas 212 intervenções farmacêuticas, sendo que destas, 64,3% foram aceitas pelos pres-

critores. As intervenções envolviam indicações farmacoterapêuticas, orientações para ajustes de dose, redução do uso de medicamentos potencialmente inapropriados, ajustes de prescrição, entre outras. Este dado reforça o papel do farmacêutico, quanto ao cuidado do paciente juntamente com a equipe multidisciplinar (VIANA; ARANTES; RIBEIRO, 2017).

Tendo em vista o tema abordado, o objetivo deste trabalho foi avaliar o desfecho das intervenções farmacêuticas na prestação ao cuidado do paciente em uma UBS do município de Criciúma.

MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de uma avaliação descritiva transversal de caráter quantitativo. A pesquisa foi realizada em uma UBS do município de Criciúma-SC. O público-alvo são pacientes maiores de 18 anos que receberam intervenções da farmacêutica na UBS no período de outubro de 2017 a maio de 2018. Esta análise contou também com os dados dos prontuários dos pacientes no sistema informatizado, onde constava a evolução dos casos.

Foi realizado contato telefônico com os pacientes para agendar um horário na UBS, no mês de agosto de 2018. A coleta de dados foi realizada através de um questionário com perguntas abertas e fechadas, contendo questões sobre o uso racional de medicamentos, as intervenções farmacêuticas realizadas, aspectos sociodemográficos e a concepção dos pacientes em relação à importância de ter o profissional farmacêutico presente na UBS.

Os participantes receberam uma breve explicação sobre os objetivos do trabalho, onde foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado pelos participantes. Após terem aceitado, foram convidados a responder o questionário de forma voluntária, anônima, não remunerada e com fins científicos.

Após a coleta das informações, os dados foram analisados pelo programa Microsoft Office Excel e apresentados em forma de gráficos, tabelas, texto corrido ou porcentagem de acordo com as características dos dados coletados.

A pesquisa foi realizada mediante o consentimento da secretária de Saúde do município de Criciúma.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob parecer de número 2.744.889.

RESULTADOS

De um total de 102 pessoas que receberam intervenções da farmacêutica na UBS, 60 pacientes participaram deste estudo. Em relação aos demais, o contato não foi possível devido a diversos motivos; entre eles, pode-se destacar: falecimento, pacientes menores de 18 anos, mudança de cidade, não atenderam a ligação ou não quiseram participar da pesquisa.

A partir da pesquisa concluída com os 60 pacientes, verificou-se que 65% (n=39) eram do sexo feminino e 35% (n=21) do sexo masculino 35% (n=21).

A tabela 1 representa a distribuição dos pacientes de acordo com sua idade. Para melhor ilustração e análise, esse parâmetro foi agrupado por intervalos de classe. Verificou-se que a faixa etária predominante foi de 71 a 80 anos, que foram a grande maioria entre os estudados, com 40% (n=24).

Tabela 1 – Idade dos pacientes que receberam intervenções da farmacêutica da UBS de Criciúma.

Faixa etária	Quantidade	Porcentagem
31 a 40	2	3,33%
51 a 60	13	21,67%
61 a 70	19	31,67%
71 a 80	24	40,00%
81 a 90	2	3,33%
Total geral	60	100,00%

Fonte: Autores, 2018

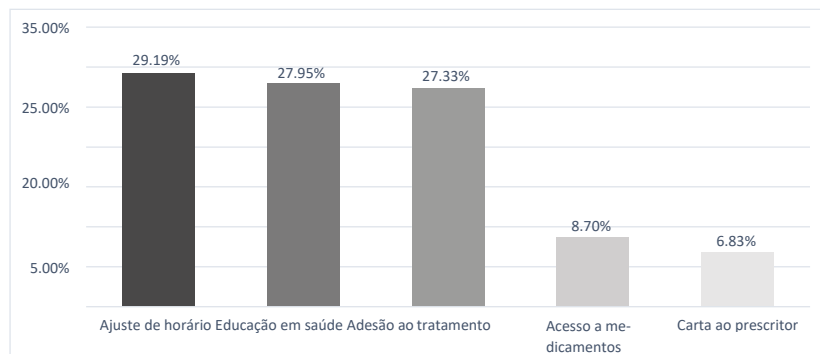
Em relação ao grau de escolaridade, verificou-se que o ensino fundamental completo e incompleto obtiveram a mesma porcentagem (38,33%), conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Escolaridade dos pacientes que receberam intervenções da farmacêutica na UBS de Criciúma.

Escolaridade	Quantidade	Porcentagem
Analfabeto	1	1,67%
Ens. fund. Incompleto	23	38,33%
Ens. fund. Completo	23	38,33%
Ens. médio incompleto	5	8,33%
Ens. médio completo	6	10,00%
Ens. sup. Incompleto	1	1,67%
Ens. sup. Completo	1	1,67%
Total geral	60	100,00%

Fonte: Autores, 2018.

Gráfico 1 – Intervenções que os pacientes receberam da farmacêutica da UBS de Criciúma.



Fonte: Autores, 2018

Quanto aos pacientes que receberam a carta elaborada pela farmacêutica, todos (n=11) entregaram-na para o prescriptor, para que assim o mesmo pudesse analisar melhor o quadro de saúde. Quanto a aceitação da

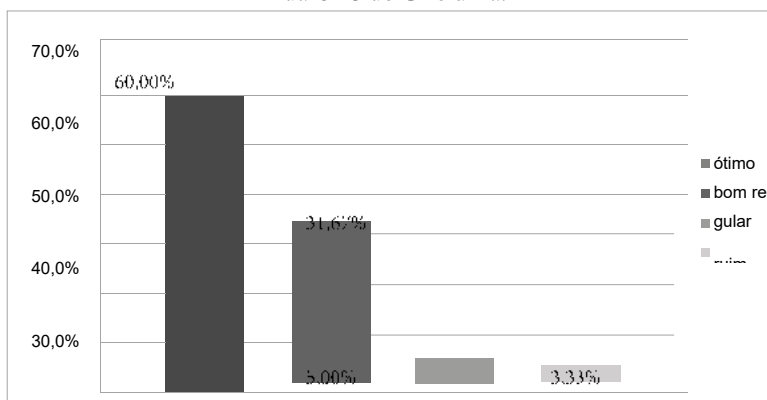
conduta farmacêutica por parte dos prescritores, 72,72% (n=8) acataram o parecer farmacêutico, conforme o relato dos pacientes.

No que diz respeito a dúvidas com medicamentos, 78,33% (n=47) dos entrevistados relataram saná-las com a farmacêutica. Quanto aos horários de administração dos medicamentos, 90% (n=54) dos pacientes relataram que a farmacêutica orienta sobre a posologia correta e, apenas 10% (n=6), relataram que não receberam orientação.

Sobre as orientações da farmacêutica quanto ao controle das doenças dos pacientes, 78,33% (n=47) responderam que recebem orientações. Dentre estas doenças, pode-se destacar: diabetes mellitus, hipertensão, hipercolesterolemia, insuficiência cardíaca congestiva, osteoporose, hipotireoidismo, entre outras.

No tocante à importância da farmacêutica no atendimento prestado aos pacientes, o gráfico 2 ilustra a classificação realizada, tais como: ótimo, bom, regular e ruim. Verificou-se um percentual de 60% (n=36) com nível ótimo e 31,67% (n=19) com nível bom.

Gráfico 2 – A importância da farmacêutica no atendimento prestado aos pacientes da UBS de Criciúma.



Fonte: Autores, 2018

A maioria das justificativas das respostas foram positivas, totalizando 90% (n=54), como pode ser observado na fala dos pacientes, que relataram: *“Foi importante para entender o meu tratamento, a gente lê a bula do remédio e não entende nada, então acho importante”*. Um outro paciente relatou: *“porque faz uma boa orientação do medicamento, ajusta os medicamentos no horário certo, ajuda muito”*. E apenas 3,33% (n=2) justificaram com pontos negativos, como percebe-se na fala de um dos pacientes: *“não sei nem se quem me atende é a farmacêutica”* e, 6,66% (n=4) não quiseram justificar.

Foi questionado sobre a orientação fornecida pela profissional farmacêutica e se a mesma contribui para a adesão do tratamento. A maioria dos pacientes, representados por 91,67% (n=55), responderam que a mesma contribui. Quando questionado o porquê, 95% (n=57) das respostas foram positivas, como observado na fala de um dos pacientes, que disse: *“Muito importante, porque não entendemos de medicamentos, e ela entrega uma folha explicando como tomar os medicamentos, e nos esclarece. Tudo beleza”*. Já outro paciente relatou: *“Porque ela explica bem, orienta bem, e assim tomo o medicamento correto”*.

Outros relatos semelhantes aos descritos acima também foram citados pelos pacientes. São justificativas positivas que demonstram a importância do papel da farmacêutica para um melhor resultado no tratamento, agindo sempre com segurança, paciência, conhecimentos técnicos importantes, garantindo à população, cuidado e saúde de qualidade.

DISCUSSÃO

O dado alcançado quanto ao parâmetro de sexo está em concordância com a literatura, onde evidencia as mulheres como maioria na busca pelos serviços de saúde. Atualmente as instituições mostram ações pouco valorizadas pelos homens, principalmente os serviços de promoção e proteção à saúde (GONÇALVES; FARIA, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; LEVORATO, 2014). Esse resultado pode ser atribuído ao fato de que no sexo feminino, existe priorização das políticas de atenção voltadas à saúde da mulher e, que

em geral, a mulher necessita realizar exames periódicos ginecológicos, e assim utilizando com maior frequência os serviços de saúde. Já o sexo masculino, no que se trata de cuidados com a saúde, tem-se a visão de senso comum que o homem é um ser forte, que dificilmente adoece, buscando assim os serviços de saúde em casos extremos, quando a doença já está alojada (TONELI; SOUZA; MULLER, 2010).

O presente estudo verificou que 75% dos pacientes que participaram da pesquisa são classificados como idosos, e segundo o Ministério da Saúde, o idoso é definido como a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), visto que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que engloba mudanças orgânicas, funcionais e psicossociais em um indivíduo (GOIS; PERNAMBUCO; LIMA, 2018; DAWALIBI *et al.*, 2013). No Brasil, o aumento da população idosa vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, entre os homens, a expectativa de vida aos 60 anos aumentou para 75,6 anos e, entre as mulheres foram ainda maiores, aumentou para 82,5 anos (ANDRADE *et al.*, 2013).

Já em relação à escolaridade, um estudo analisou este fator ao entendimento das patologias, onde foi destacado que a escolaridade pode interferir na obtenção das informações sobre determinados conteúdos, o que pode ser uma característica repetida na população em que estes são acolhidos nos serviços de saúde pública (RODRIGUES *et al.*, 2012; MACHADO; ALMEIDA, 2017).

Em contrapartida, um estudo realizado na cidade de São Paulo onde a variação de escolaridade foi de 1 a 17 anos, mostrou que apenas 32,4% apresentaram letramento inadequado (GOULART *et al.*, 2009). Assim sendo, não se trata apenas da capacidade do indivíduo de saber ler e escrever, mas sim sua capacidade para com tais habilidades, especificamente no âmbito da saúde (SAMPAIO *et al.*, 2015), visto que, letramento em saúde é a capacidade que o indivíduo apresenta em compreender informações e instruções, com o intuito de escolher decisões adequadas para sua saúde (MARAGNO; LUIZ, 2016; WEISS *et al.*, 2005).

No que diz respeito ao atendimento recebido pela farmacêutica, a grande maioria afirmou ter recebido orientações. Este resultado está em conformidade com a literatura, que evidencia o farmacêutico como um profissional que instrui sobre utilização e dosagens corretas, possíveis interações medicamentosas, reações adversas, perigos na automedicação entre outras orientações (ALVES *et al.*, 2017; ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2005).

Um estudo realizado com pacientes portadores da síndrome metabólica mostrou que as intervenções farmacêuticas no ambiente domiciliar foram efetivas, ocorrendo a diminuição de 59% de problemas relacionados a medicamentos, e houve o aumento de 18,2% da adesão medicamentosa. Este dado evidencia a importância do cuidado integral a cada paciente com a conscientização de mudanças no estilo de vida e no tratamento farmacológico (AZEVEDO *et al.*, 2017).

O percentual de aceitabilidade por parte dos prescritores das intervenções farmacêuticas foi de 88%, resultado compatível a outro estudo realizado em uma UBS de São Paulo entre os anos de 2010 e 2011, no qual o prescritor apresentou concordância com o farmacêutico em 67,8% para realizar modificações da farmacoterapia dos pacientes (MELO *et al.*, 2017).

Em outro estudo, as intervenções mostram que a consulta com o farmacêutico é uma forma de introduzir o paciente na atenção primária, já que as consultas são desenvolvidas para que o paciente busque atender suas necessidades como um todo. Os encaminhamentos para os demais profissionais, sejam eles por carta ou pessoalmente, reforça o trabalho centrado no paciente nas unidades de saúde (LOMBARDI, 2016). Além disso, segundo Curran *et al.* (2018), o diálogo entre os médicos da atenção primária e os farmacêuticos comunitários é de grande importância pois aperfeiçoa o compartilhamento de informações e a boa tomada de decisões.

Referindo-se a dúvidas com medicamentos, outros estudos realizados demonstram que o farmacêutico é considerado um dos profissionais de saúde mais compreensível, tendo o papel de aconselhador do paciente. Além disso, auxilia na farmacoterapia e também com outras alternativas não farmacológicas (CAVACO *et al.*, 2018; YEGENOGLU; BAYDAR, 2011).

A orientação do farmacêutico sobre os horários da administração dos medicamentos é uma informação que faz a diferença para o sucesso da farmacoterapia. Segundo Schenkel *et al.* (2012), por intermédio da farmacocinética e da farmacodinâmica, pode-se definir a posologia mais apropriada para cada medicamento, sendo que o intervalo entre as doses é essencial para manter a efetividade do tratamento. Consequentemente a dose apropriada não deve ser restringida e nem acrescentada, sob pena de não causar concentrações com deficiência no tratamento ou provocar toxicidade no organismo de cada paciente.

A orientação sobre doenças crônicas também foi evidenciada no presente estudo. De acordo com Alves *et al.* (2017), o farmacêutico possui a competência de informar sobre medicamentos prescritos e quando retirados no ato da dispensação, pois o profissional orienta sobre problemas de saúde e as doenças crônicas, possibilitando uma melhor adesão ao tratamento.

Dentre essas doenças crônicas que o farmacêutico pode estar realizando orientações, destaca-se as não transmissíveis, que são: doenças cardiovasculares (como a hipertensão e hipercolesterolemia), diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer (SCHMIDT *et al.*, 2011; MANSO; GERARDI, 2015; SCHWEITZER *et al.*, 2018). Estas patologias estão em concordância com a maioria das doenças citadas no presente estudo. Podemos citar também que, no Sul do Brasil, as doenças que apresentam maior prevalência são as cardiovasculares (SCHMIDT *et al.*, 2011). Outro estudo mostrou que as doenças crônicas não transmissíveis se apresentaram como sendo o maior problema de saúde do Brasil (MALTA *et al.*, 2017a) e a mortalidade em 2015 aumentou para 75,8% (MALTA *et al.*, 2017b).

A profissão farmacêutica evoluiu muito nos últimos tempos na maioria dos países, oferecendo uma abordagem mais acessível e clara para auxílio no alcance do tratamento. Atualmente está ocorrendo mudanças positivas, diversificando o papel do farmacêutico, indo mais além do que apenas o ato de dispensar medicamentos (WIDAYATI *et al.*, 2017). Assim, podemos confirmar que a presente pesquisa está em conformidade com a literatura, uma vez que 91,67% dos pacientes responderam que a farmacêutica contribui na

adesão ao tratamento. Pode-se enfatizar também que a adesão ao tratamento correto vai ao encontro do uso racional de medicamentos, já que estes são peça chave na melhoria dos resultados da saúde pública aos cuidados de saúde (NGUYEN; ROUGHHEAD, 2018).

Para a realização do uso racional de medicamentos é essencial que os países utilizem uma política nacional de medicamentos, a partir de ferramentas e estratégias interventivas para melhorias do serviço prestado. O medicamento, quando utilizado de forma adequada, é um recurso terapêutico essencial para as políticas de saúde (SILVA *et al.*, 2017; HARDON; HODGKIN, 2004).

Conforme relatos de alguns pacientes no presente estudo, a farmacêutica utiliza recursos para facilitar a compreensão do tratamento. Este dado corrobora outra pesquisa, na qual se ressalta que dos 819 pacientes que se confundiram na utilização dos medicamentos, 712 (87%) receberam orientação padronizada com cores e pictogramas, e 82% destes voltaram a usar seus medicamentos nos meses seguintes e seguiram a posologia correta, conforme a prescrição médica (MELO *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que, no presente estudo, a farmacêutica não foi identificada por alguns pacientes como profissional de saúde. Este dado pode estar relacionado com a comunicação não verbal expressada por muitos profissionais e, segundo a literatura, representa a grande maioria da comunicação diária com os pacientes, como por exemplo, a utilização do uso de jaleco. Esta comunicação não verbal pode resultar no respeito e na credibilidade, transmitindo a imagem de identidade ao profissional de saúde (MARTINS; MARTINS, 2011).

Portanto esse estudo mostrou a importância de ter o farmacêutico na UBS, pois ele é fundamental na organização da assistência na atenção básica. No entanto, na realidade de vários municípios do país, ainda se repete a ausência do profissional na maior parte das UBS (DOBLINSKI, 2011; SANTOS; ROSA; LEITE, 2017), embora seja exigida legalmente sua presença (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 1973).

CONCLUSÃO

A profissão está evoluindo e acaba por exigir a diversificação do papel do farmacêutico, indo além do ato de dispensar medicamentos.

Observa-se que a presença da farmacêutica na UBS do município de Criciúma foi de fundamental importância para o alcance dos resultados positivos, principalmente em relação às intervenções, elaboradas na forma de encaminhamentos aos prescritores, em que houve aceitabilidade por grande parte dos mesmos (72,72%).

Quanto ao percentual da orientação fornecida pela farmacêutica e sua contribuição para a adesão ao tratamento, obteve-se aproximadamente 92% das respostas positivas. Estes dados demonstram a importância do papel do farmacêutico profissional para um melhor resultado no tratamento, ao agir sempre com segurança, paciência e conhecimentos técnicos, garantindo à população cuidado e saúde de qualidade.

Outros estudos como este devem ser realizados para reafirmar a importância da presença do farmacêutico nas unidades de saúde do país.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. C. D. *et al.* Life expectancy with and without cognitive impairment among Brazilian older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. ed. 58 (2014), p. 219-225. 2013.

ALVES, H. H. S. *et al.* **Perspectiva sobre o entendimento do cuidado farmacêutico ao idoso em uma instituição filantrópica**. Santa Maria, v. 43, n. 1, p. 140-147, jan./abr. 2017.

ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Pharmaceutical Assistance as a Strategy for the Rational Use of Medicine by the Elderly. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, jan. 2008.

AZEVEDO, M. G. B. *et al.* Effectiveness of home pharmaceutical interventions in metabolic syndrome: a randomized controlled trial. **Braz. J. Pharm. Sci.** v. 53, n. 2, p. e16089-, jan. 2017.

BERNARDI, E. A. T. *et al.* Implantação da avaliação farmacêutica da prescrição médica e as ações de farmácia clínica em um hospital oncológico do sul do Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 2, jun. 2014.

BRASIL. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**. 1998.

BRASIL. Portaria n. 834, de 14 de maio de 2013a. Redefine o comitê Nacional para promoção do uso racional de medicamentos no âmbito do Ministério da saúde. **Diário Oficial da União**. 2013.

BRASIL. Resolução n. 585, de 29 de agosto de 2013b. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2013.

BRASIL. Resolução n. 586, de 29 de agosto de 2013c. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2013.

BRASIL. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2015; v. 18, n. 1, p. 151-164.

CAVACO, A. M. *et al.* Self-medication and non-prescription drug counseling: Illustrating profession uncertainty within Turkish pharmacy practice. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 14, p. 718-726. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Lei n. 5.991, de 17 de novembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 1973.

COSTA, C. M. F. N. *et al.* Use of medicines by patients of the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 22 set. 2017.

CURRAN, G. M. *et al.* Communication between pharmacists and primary care physicians in the midst of a U.S. opioid crisis. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. Pii: S1551-7411 (18) 30302-4. doi: 10.1016.2018.

DAWALIBI, N. W. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo. **Estudos de Psicologia**. Campinas-SP. v. 30, n. 3, p. 393-403, jul./set. 2013.

DOBLINSKI, P. M. F. **A dispensação de medicamentos em Unidades Básicas de Saúde do município de Toledo-PR**. Dissertação (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2011.

ESCOREL, S. *et al.* O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2, out. 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONA, MHM. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. 2012.

GOIS, A. C. D.; PERNAMBUCO, L.; LIMA, KC. Prevalence and Associated Factors With Voice Disorders in Brazilian Community-dwelling Older Adults. **Journal of Voice**. 2018.

GONÇALVES, F. C.; FARIA, C. C. C. O acesso aos serviços de saúde: uma análise na perspectiva do gênero. **Revista Perquirere**, v. 13, n. 1, p. 135-147, jul. 2016.

GOURLART, M. T. C. *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 4, p. 631-8. 2009.

HARDON, A.; HODGKIN, C.; FRESLE, D. **How to investigate use of medicines by consumers**. Switzerland: WHO/University of Amsterdam/Royal Tropical Institute; 2004.

LEITE, S. N. *et al.* **Assistência farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica**. Editora da UFSC, v. 2, 2016.

LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência e saúde coletiva [online]**. 2014, v. 19, n. 4, p.1263-1274.

LOMBARDI, N. F. **O serviço de cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no município de Curitiba-PR**. Dissertação. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná. 2016.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Sérgio Arouca: Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, jan. 2018.

MACHADO, L. F.; ALMEIDA, L. F. **Avaliação do uso de omeprazol pelos pacientes do grupo de hipertensos do município de Inhaúma-MG**. Faculdade Ciências da Vida – FCV. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* The implantation of the Surveillance System for Non-communicable Diseases in Brazil, 2003 to 2015: successes and challenges. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 20, n. 4, p. 661-675, out./dez. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. São Paulo. **Med Journal**. v. 135, n. 3, p. 213-21. 2017.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A.; GERARDI, T. J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo. Brasil. **Rev. Bras. Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 151-164. 2015.

MARAGNO, C. A. D.; LUIZ, P. P. V. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso: uma revisão da literatura. **Revista Iniciação Científica**. Criciúma, v. 14, n. 1, 2016.

MARIM, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** OPAS/OMS, 2003.

MARIN, M. J. S. *et al.* Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, jul. 2008.

MARTIN, M. T.; FABER, M. T.; FABER, D. M. Patient satisfaction with the clinical pharmacist and prescribers during hepatitis C virus management. **Journal Of Clinical Pharmacy And Therapeutics**, v. 41, n. 6, 31 ago. 2016.

MARTINS, E. F.; MARTINS, E. F. O uniforme enquanto objeto sógnico na área da saúde. **Verso e Reverso**, v. 15, n. 59, maio-ago. 2011.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. D. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, jan. 2017.

MELO, D. O. *et al.* Training of pharmacy technicians for dispensing drugs in Primary Health Care. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 261-268, jan. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**, 1. ed., 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos**, 1. ed., 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: Caderno n. 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**, 1. ed., 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série Pactos pela Saúde**. 2006, v. 12. Brasília. 2010.

NGUYEN, T. A.; ROUGHHEAD, E. E. Strengths and weaknesses of pharmaceutical policy in relation to rational and responsible medicines use. **Social and Administrative Aspects of Pharmacy in Low- and Middle-Income Countries**. p. 247-257. 2018.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 273-278, jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**. Brasília, dez. 2015.

PINTO, L. H. *et al.* O uso racional de medicamentos no brasil dentro da assistência farmacêutica brasileira e suas implicações no presente. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 12, n. 1, maio 2015.

RODRIGUES, F. F. L. *et al.* Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enfermagem**. 2; 25(2): 284-90. 2012.

ROZENFELD, S.; FONSECA, M. J. M.; ACURCIO, F. A. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 23, n. 1, jan. 2008.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (3): 865-874, 2015.

SANTOS, V. B.; ROSA, O. S.; LEITE, F. M. C. A importância do papel do farmacêutico na Atenção Básica. **Rev Bras Pesq Saúde**. Vitória, v. 19, n. 1, p. 39-43, jan./mar. 2017.

SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S.; PETROVICK, P. R. **Cuidados com os medicamentos**. 5. ed. rev. Florianópolis: Ed. UFSC, 2012. 255p.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil: a série The Lancet**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.

SCHWEITZER, A. C. D. *et al.* **Levantamento de dados acerca do uso racional de medicamentos pelos idosos que moram sozinhos na cidade de Fraiburgo – Santa Catarina**. Ries, ISSN 2238-832X, Caçador, v. 7, n. 1, p. 220-232, 2018.

SILVA, A. S. *et al.* Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**. 2017; n. 41, p. 132. doi: 10.26633/RPSP.2017.132.

SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Brasil). Fundação Oswaldo Cruz. **Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Zona de Ocorrência**. Brasil, 2016.

TANAKA, O. Y. Primary health care evaluation: a new approach. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, dez. 2011.

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C.; MULLER, R. C. F. Masculinidades e práticas de saúde: 973 retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-994, 2010.

VASCONCELOS, D. M. M. *et al.* Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, ago. 2017.

VIANA, S. S. C.; ARANTES, T.; RIBEIRO, S. C. C. Intervention of the clinical pharmacist in an Intermediate Care Unit for elderly patients. **Einstein**. v. 15, n. 3, set. 2017.

YEGENOGLU, S.; BAYDAR, T. Information and observations of Community pharmacists on geriatric patients: a qualitative study in ankara city. **Turkish Journal of Geriatrics**. 2011; 14 (4) 344-351.

WEISS, B. D. *et al.* Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. **Annals of Family medicine**. v. 3, n. 6, nov./dez. 2005.

WIDAYATI, A. *et al.* Pharmacists' views on the development of asthma pharmaceutical care model in Indonesia: A needs analysis study. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs**: report of the conference of experts. Nov. 1985.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE CARDÁPIOS PARA PRÉ-ESCOLARES DE UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL MUNICIPAL DE CRICIÚMA-SC

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat02>

Francini Agostinho da Silva Ignácio

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

fabifabris@unesc.net

Marco Antônio da Silva

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

fabifabris@unesc.net

Renata de Souza Manique Barreto

AFASC – Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma

fabifabris@unesc.net

Fabiane Maciel Fabris

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

fabifabris@unesc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

As creches e pré-escolas são instituições de caráter social e educativo que atendem crianças de até 6 anos de idade, visando a guarda, a complementação de cuidados familiares, a formação e o desenvolvimento infantil (FERREIRA; GARMS, 2009). Nessas instituições, hábitos alimentares saudáveis devem ser estimulados por meio da exposição, do ato de provar e do consumo de alimentos nutritivos (BARBOSA *et al.*, 2006).

O ambiente escolar é imprescindível para a adoção pela criança de hábitos que a acompanharão pelo resto da vida. É o local mais adequado – depois de sua casa – para estabelecer hábitos alimentares saudáveis, por meio do fornecimento de refeições nutricionalmente adequadas (GOULART *et al.*, 2010).

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), implantado em 1955, garante, por meio da transferência de recursos financeiros, a alimentação escolar dos alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas e filantrópicas (BRASIL, 2006a). Para a elaboração dos cardápios, o PNAE preconiza a presença do nutricionista, que assume a responsabilidade técnica pelo Programa e deve analisar os itens pertinentes à qualidade de cardápios elaborados e os aspectos nutricionais e sensoriais (CFN, 2005).

A idade pré-escolar se caracteriza por um período de crescimento lento, porém contínuo, de alta vulnerabilidade e susceptibilidade à má nutrição. As carências nutricionais, nessa fase da vida, levam ao crescimento deficiente, aumentam o risco de infecções, promovem alterações no processo de maturação do sistema nervoso, no desenvolvimento mental e intelectual, provocando desequilíbrios morfológicos e funcionais, os quais, dependendo da intensidade e duração, podem ser irreversíveis, ou até mesmo resultar em mortalidade precoce (OLIVEIRA; SILVA; SANT'ANA, 2003).

Por outro lado, os pré-escolares também estão expostos à ampla variedade de alimentos altamente refinados, com teor limitado de micronutrientes e fibras, elevada densidade calórica e grande quantidade de sal, açú-

car e gordura, principalmente, saturada e colesterol o que vem contribuindo para o aumento da prevalência de excesso de peso nessa faixa etária (TUMA; COSTA; SCHMITZ, 2005).

Esta prática alimentar pode ser constatada tanto nas populações de baixa renda (não apenas por se tratar de alimentos de baixo custo, mas pela falta de acesso à educação e informação), como também nas classes média e alta pelo fato de serem influenciadas pelo modismo e pelo processo de industrialização (AGULHO; MAURÍCIO, 2007). “Além disso, muitas vezes, a quantidade e o número de refeições consumidas não são supervisionados adequadamente pelos pais e, ou responsáveis” (TUMA; COSTA; SCHMITZ, 2005, p. 420).

Analisando a importância da alimentação escolar, principalmente na idade pré-escolar, e considerando os recursos que lhe são destinadas, quanto em nível municipal, é de fundamental relevância que se conheça a qualidade da alimentação oferecida pelas creches/pré-escolas públicas para se averiguar a validade dos programas destinados às mesmas, assim como buscar aprimorá-los. Na infância, a criança exerce pouco controle sobre sua disponibilidade de alimentos, sofrendo influência do hábito alimentar e de atividade física dos pais e familiares. Além disso, ela também está mais propensa a alterações de comportamento devido a sua inserção no ambiente escolar (ORUÉ, 2011).

A idade pré-escolar se caracteriza por um período de crescimento lento, porém contínuo, de alta vulnerabilidade e susceptibilidade à má nutrição (OLIVEIRA; SILVA; SANT’ANA, 2003). As carências nutricionais, nessa fase da vida, levam ao crescimento deficiente, aumentam o risco de infecções, promovem alterações no processo de maturação do sistema nervoso, no desenvolvimento mental e intelectual, provocando desequilíbrios morfológicos e funcionais, os quais, dependendo da intensidade e duração, podem ser irreversíveis, ou até mesmo resultar em mortalidade precoce (OLIVEIRA; SILVA; SANT’ANA, 2003). Por outro lado, os pré-escolares também estão expostos à ampla variedade de alimentos altamente refinados, com teor limitado de micronutrientes e fibras, elevada densidade calórica e grande quantidade de sal, açúcar e gordura, principalmente, saturada e colesterol o que vem contri-

buindo para o aumento da prevalência de excesso de peso nessa faixa etária (TUMA; COSTA; SCHMITZ, 2005).

Esta prática alimentar pode ser constatada tanto nas populações de baixa renda (não apenas por se tratar de alimentos de baixo custo, mas pela falta de acesso à educação e informação), como também nas classes média e alta pelo fato de serem influenciadas pelo modismo e pelo processo de industrialização (AGULHO; MAURÍCIO, 2007). Além disso, muitas vezes, a quantidade e o número de refeições consumidas não são supervisionados adequadamente pelos pais e, ou responsáveis (TUMA; COSTA; SCHMITZ, 2005).

A alimentação escolar oferecida pela escola deve ser nutricionalmente adequada e na forma de refeição coletiva, em horário propício, para assegurar uma melhor disposição infantil aos desafios da aprendizagem e orientar seus alunos para a prática de bons hábitos de vida. Alunos bem alimentados apresentam maior aproveitamento escolar, reduzindo os níveis de absenteísmo, repetência e evasão escolar, além de contribuir para o equilíbrio necessário para seu crescimento e desenvolvimento e manutenção das defesas imunológicas adequadas (ORUÉ, 2011).

Analisando a importância da alimentação escolar, principalmente na idade pré-escolar, e considerando os recursos que lhe são destinadas, quanto em nível municipal, é de fundamental relevância que se conheça a qualidade da alimentação oferecida pelas creches/pré-escolas públicas para se averiguar a validade dos programas destinados às mesmas, assim como buscar aprimorá-los. Na infância, a criança exerce pouco controle sobre sua disponibilidade de alimentos, sofrendo influência do hábito alimentar e de atividade física dos pais e familiares. Além disso, ela também está mais propensa a alterações de comportamento devido a sua inserção no ambiente escolar (ORUÉ, 2011).

Têm como justificativa esta pesquisa, a observância da importância da elaboração e execução de cardápios respeitando-se as normas do PNAE, no intuito de garantir a SAN aos pré-escolares. Bem como, analisar qualitativamente a oferta desses alimentos e se estão em conformidade para a oferta de uma alimentação adequada.

O presente estudo pretende avaliar qualitativamente os cardápios oferecidos para pré-escolares de Centros de Educação Infantil Municipal (CEIM) de Criciúma, Santa Catarina, na perspectiva de promover hábitos alimentares saudáveis e culturalmente articulados que contribuam para a promoção das condições de saúde da população pré-escolar.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal, de abordagem qualiquantitativa, cujos instrumentos de pesquisa foram os cardápios de março a agosto do ano de 2018, oferecidos a 912 pré-escolares matriculados e distribuídos em 32 Centros de Educação Infantis Municipais/SC. Pretendeu-se avaliar, através do método AQPC Escola proposto por Veiros e Martinelli (2012), os cardápios planejados para alimentação escolar de crianças da pré-escola matriculadas no ensino infantil, frente às legislações e diretrizes do PNAE e do Guia Alimentar para População Brasileira (GAPB) (BRASIL, 2014).

Foram selecionados para o estudo, como amostra de conveniência cardápios mensais elaborados para os CEIM, destinados a crianças de 4 a 5 anos e 11 meses, pré-escolares, matriculados em período integral no município de Criciúma-SC. Durante a pesquisa, foram avaliados 6 cardápios mensais totalizando 24 semanas e 118 dias, composto por cinco refeições (desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar), oferecidos de março a agosto do ano de 2018.

Foram incluídos neste estudo os cardápios de crianças pré-escolares de período integral, destinados aos alunos da educação infantil, fornecidos aos CEIM por intermédio do nutricionista responsável. Foram excluídos os cardápios de período parcial e integral, elaborados para as outras modalidades de ensino, como Ensino Infantil (creche), Ensino Fundamental, Ensino Médio e Educação de Jovens e Adultos. Para realização de análise qualitativa dos cardápios e posterior obtenção de dados foi utilizado o método proposto por Veiros

e Martinelli (2012), denominado AQPC Escola, baseado em recomendações provenientes da legislação da alimentação escolar.

Estão presentes para classificação no método para alimentos recomendados, os seguintes itens: frutas *in natura*; saladas; vegetais não amiláceos; cereais; pães; massas e vegetais amiláceos; alimentos integrais; carne e ovos; leguminosas; leite e derivados. Já no método de alimentos controlados estão presentes: preparações com açúcar adicionado e produtos com açúcar; embutidos ou produtos cárneos industrializados; alimentos industrializados semiprontos ou prontos; enlatados e conservas; alimentos industrializados concentrados, em pó ou desidratados; cereais matinais, bolos e biscoitos; alimentos flatulentos ou de difícil digestão; bebidas com baixo valor nutricional; preparação com cor similar na mesma refeição; frituras, carnes gordurosas e molhos gordurosos (VEIROS; MARTINELLI, 2012). A descrição da análise dos alimentos e das preparações, de acordo com os itens da categoria de alimentos recomendados e controlados.

Conforme recomendam Veiros e Martinelli (2012), para a avaliação dos cardápios, iniciou-se a análise do cardápio por refeição, sendo analisados os tipos de alimentos que compõem as preparações e sua devida classificação nos itens pertinentes em uma das duas categorias do método. Num segundo momento, já finalizada a análise das refeições por dia, verificou em todas as refeições das semanas do mês. Por fim, foi pontuado o número de vezes que cada item apareceu na semana (n) e calculado o percentual (%) de acordo com o número de dias analisados.

O grupo dos controlados deve ter o menor percentual possível, pois englobam alimentos com elevada quantidade de sal, açúcar e gorduras. Os autores sugerem ainda que, para esta categoria, adote-se como um critério de alerta um percentual maior ou igual a 20% ($\geq 20\%$), apontando a necessidade de revisão das preparações do cardápio. O instrumento utilizado para avaliar os alimentos adquiridos, que compõem os cardápios, foi a lista de compras elaborada para o pregão público do ano de 2018 pela Secretaria de Educação AFASC (SC).

Os dados quantitativos e qualitativos provenientes da análise documental dos cardápios foram armazenados e analisados em banco de dados, desenvolvido pelo Centro Colaborador em Alimentação Escolar de Santa Catarina (CECANE/SC) em planilha eletrônica, utilizando-se o programa *Microsoft Excel 2013*, composto de planilhas independentes para cada aspecto analisado, disponível em meio eletrônico (<http://cecanesc.ufsc.br/core/getarquivo/idarquivo/667>). A análise foi feita de forma descritiva e os resultados foram apresentados em forma de tabelas e/ou gráficos por porcentagem conforme sistema de pontuação, e somatório da mesma.

RESULTADOS

A pesquisa foi desenvolvida no município de Criciúma/SC, com o objetivo de avaliar os alimentos que compõem as refeições que foram ofertadas nos cardápios dos CEIM no ano de 2018. Segundo dados fornecidos através da Secretaria de Educação, os CEIM atendem um total de 4.495 crianças entre 0 e 6 anos em tempo integral, estes divididos em 32 CEIM do município, todos contemplados pelo PNAE. Os Cardápios analisados foram destinados a pré-escolares de 4 anos a 5 anos e 11 meses de idade. Totalizando um número de 912 Crianças nessa faixa etária.

Pode-se observar na tabela 1 (apresentada no tópico de cardápios escolares) que a categorização de acordo com o PNAE para as idades apresenta que até 3 anos e 11 meses as crianças são categorizadas no período de creche e acima de 4 anos a 5 anos e 11 meses são pré-escolares. Não podemos analisar a necessidade energética, pois os mesmos não possuem fichas técnicas das refeições ofertadas.

Foram analisadas 24 semanas de cardápios, totalizando 6 meses, a cada mês foi fornecido 1 cardápio com cinco refeições diárias. Os cardápios (n=6) encaminhados para os CEIM foram elaborados e distribuídos sob a responsabilidade técnica da nutricionista vinculada aos CEIM. Programados para os meses de março a agosto de 2018, com atendimento mensal, prepa-

rações variadas para cada semana e padronizadas para todo ensino infantil. Segundo Muller (2008), a padronização do processo de produção de refeição evita o desperdício, avalia qualidade e satisfação pelos seus clientes e agrega valor nutricional aos pratos, beneficia o trabalho do nutricionista, facilita o treinamento de funcionários, e o planejamento do trabalho diário. De acordo com Guimarães (2000), a padronização é um meio de garantir um padrão de qualidade das refeições, permitindo que o preparo seja sempre o mesmo (independente do funcionário), que as quantidades de ingredientes estejam estabelecidas, que se tenham menos alimentos empacados no depósito, um rendimento maior das refeições e uma obtenção melhor de dados.

Os cardápios são divididos em cinco refeições diárias, com horários pré-definidos, sendo desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e janta. O cardápio oferecido é o mesmo para crianças entre 1 e 6 anos mudando apenas a per capita.

De acordo com a resolução n. 26 de 17 de junho de 2013, cabe ao nutricionista responsável a definição do horário das refeições e do alimento adequado para cada tipo de refeição. As porções deverão ser diferenciadas por faixa etária, conforme as necessidades nutricionais estabelecidas.

Ainda de acordo com a mesma resolução, deve-se aplicar teste de aceitabilidade com os alunos sempre que for introduzir novos alimentos ou qualquer tipo de alteração feita no cardápio. Quando questionada em uma conversa informal a nutricionista responsável pela elaboração dos cardápios informa que o teste de aceitabilidade realizado, é feito através de uma conversa com as professoras onde elas mesmas relatam se os alunos comeram bem o alimento oferecido. Quanto a forma de aplicação é realizada através do método de resto da ingestão, caso sobre muito no prato dos alunos significa que a criança não gostou do alimento oferecido.

Com base no Capítulo V da resolução CFN n. 26/2013 (BRASIL, 2013a), foi identificada na presente pesquisa a ausência de informações relevantes para a conclusão do estudo. São elas: a) não há identificação de tabela nutricional no tocante aos valores de macro e micronutrientes (impossibili-

tando atendimento às necessidades nutricionais) 100% (n=6); b) não havia as fichas técnicas de preparo (valores de macro e micronutrientes, ingredientes, per capita, valores energéticos) 100% (n=6); c) inexistência de especificações quanto aos tipos de alimentos oferecidos, apenas o nome das preparações em 100% (n=6).

Sendo um instrumento de planejamento que colabora para a qualidade da alimentação servida aos alunos, Nelson (*apud* FABRIS, 2016) afirma que quando há a falta de informações no cardápio, há um comprometimento do modo de preparo, tipo de alimento, tamanho da porção e critérios de substituição que podem resultar no comprometimento da confiabilidade da qualidade do cardápio. Para Chicoski *et al.* (2016), a ficha técnica de preparo seria importante para conferir um trabalho diário de maior eficiência, ordenação do preparo e cálculo do valor nutricional da preparação, servindo de subsídio para o planejamento do cardápio.

De acordo com o FNDE (2017), o cardápio utilizado na alimentação escolar é uma ferramenta que tem como função assegurar a oferta de alimentação adequada e saudável no qual garanta o atendimento das necessidades nutricionais de todos os alunos durante o período dentro das instituições de ensino caracterizando ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Assim, o planejamento dos cardápios, bem como o acompanhamento de sua execução, devem estar aliados para o alcance do objetivo do PNAE.

Desta forma, com base nos materiais fornecidos pela nutricionista responsável para a análise, foram identificadas algumas irregularidades nos cardápios pré-escolares, tendo em vista o determinado na resolução CFN n. 26/2013 (BRASIL, 2013a).

Conforme análise dos dados obtidos, pode-se observar na tabela 2, abaixo, que durante o período de 6 meses os alunos tiveram 118 dias de atendimento, totalizando 590 refeições ofertadas, para análise dos alimentos recomendados e controlados. Como num dia são ofertadas cinco refeições, verifica-se a quantidade de vezes que cada grupo das categorias do método é oferecida por refeição.

O método AQPC Escola representa uma análise qualitativa; os percentuais de alimentos na categoria *recomendados* devem ser mais elevados do que os da categoria *controlados*. De acordo com Veiros e Martinelli (2012), o adequado é que a categoria de *alimentos controlados* tenha o menor percentual possível, sugerindo como alerta percentuais maiores ou iguais a 20%.

Os resultados serão apresentados a seguir em forma de tabela para melhor compreensão dos leitores.

Tabela 1 – Análise dos Cardápios na categoria Recomendados (Presença)

Meses (2018)	Nº Ref	Nº dias	Frutas In Natura			Saladas			Vegetais Não Amiláceos		
			n REF	n	%	n REF	n	%	n REF	n	%
Março	95	19	45	9	46%	20	4	19%	30	6	32%
Abril	100	20	40	8	41%	15	3	17%	30	6	28%
Mai	95	19	35	7	33%	20	4	20%	25	5	26%
Junho	100	20	30	6	30%	20	4	20%	30	6	28%
Julho	100	20	30	6	30%	15	3	16%	30	6	28%
Agosto	100	20	30	6	30%	20	4	20%	30	6	28%
TOTAL	590	118	210	42	34,5%	110	22	20%	175	35	29%

Cereais, pães, massas e vegetais amiláceos			Alimentos integrais			Carnes e ovos			Leguminosas			Leite e Derivados		
n REF	n	%	n REF	n	%	n REF	n	%	n REF	n	%	n REF	n	%
70	14	71%	0	0	0%	25	5	26%	25	5	27%	20	4	20%
65	13	67%	0	0	0%	25	5	25%	25	5	26%	25	5	26%
75	15	73%	0	0	0%	25	5	25%	25	5	25%	25	5	23%
80	16	80%	0	0	0%	30	6	29%	25	5	25%	35	7	36%
80	16	80%	0	0	0%	25	5	25%	30	6	28%	35	7	36%
80	16	80%	0	0	0%	25	5	25%	25	5	25%	35	7	34%
450	90	74%	0	0	0%	155	31	27%	155	31	26%	175	35	29%

Dos resultados encontrados em 118 (cento e dezoito) dias de cardápios avaliados, durante seis meses, a frequência média de disponibilidade de frutas *in natura* entre março e agosto foi de 34,5% (n=42 e nRef= 210).

Na categoria de *Frutas in natura* foi considerada qualquer preparação que levasse a fruta *in natura*, como vitaminas, sucos e cremes de fruta, mesmo a resolução do PNAE não considerando preparações à base de frutas como fruta *in natura*. A resolução CD/FNDE n. 26 de 17 de junho de 2013 (BRASIL, 2013) preconiza que os cardápios deverão oferecer nas refeições, no mínimo, três porções de frutas e hortaliças por semana (200g/aluno/semana), sendo que em nossos resultados esta categoria foi oferecida diariamente. Quando comparado ao método AQPC, o mesmo conta com duas porções por dia, incluindo sucos e vitaminas; já o PNAE só considera frutas *in natura*, ou seja, a fruta mesmo.

Na categoria de saladas, a frequência média entre março e agosto foi de apenas 19% (n=22 e nRef=110). De acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira, o número de porções recomendadas de frutas e hortaliças equivale a três porções ao dia para cada grupo.

A importância do consumo de frutas e hortaliças para prevenir doenças está descrita na literatura científica; ressalta-se a importância do monitoramento e da promoção de práticas alimentares saudáveis desde os primeiros anos do indivíduo, incluindo o consumo diário de frutas e hortaliças.

Na categoria dos vegetais não amiláceos, a frequência entre março e agosto foi de 20% (n=35 e nRef=175). Os alimentos integrais não foram ofertados em nenhum dos meses durante o período avaliado. Nos estudos de Henn *et al.* (2013), o resultado encontrado para vegetais não amiláceos foi de 25% e não houve oferta de alimentos integrais no período da pesquisa, corroborando com nossos resultados.

Em outro estudo, desenvolvido em Porto Alegre, Silva & Spido (2015) obtiveram o mesmo resultado na mesma categoria, onde os alimentos integrais não foram observados no cardápio na escola de educação infantil. Sabe-se que as técnicas de processamento, mesmo que mínimas, podem diminuir o conteúdo de nutrientes dos alimentos e, nesses casos, deve-se preferir os alimentos menos processados, dando então preferência aos alimentos integrais.

O método AQPC Escola recomenda que a análise dos vegetais não amiláceos deve ser feita em conjunto com os alimentos integrais, aumentando assim a oferta de fibras e estimulando seu consumo.

Quando analisamos o pregão presencial e a chamada pública (ANEXO 4), referente às compras realizadas para as refeições, observamos que algumas hortaliças, vegetais e frutas são orgânicas, como os repolhos oferecidos, banana branca, alface crespa, cenoura sem folhas, couve-manteiga e o mamão formosa.

A ingestão de frutas, legumes e verduras é um fator protetor contra o desenvolvimento da obesidade, devido à menor densidade energética desses alimentos e à sua capacidade de gerar sensação de saciedade, em decorrência da atuação das fibras alimentares.

Em relação à oferta de cereais, pães, massas e vegetais amiláceos, observou-se que estes foram ofertados em 74% (n=90 e nRef=450). Essa categoria traz alimentos ricos em carboidratos, o que representa a fonte mais importante de energia da dieta de um pré-escolar.

A oferta do grupo de carnes e ovos, proteínas de alto valor biológico, esteve presente em 27% (n=31 e nRef=155) do total dos dias. Alimentos fonte de proteínas de alto valor biológico devem estar presentes na alimentação diária de pré-escolares (BRASIL, 2017).

Henn *et al.* (2013), em seus resultados, observaram que a oferta de carne e ovos foi de 48%, comparando com nosso estudo foi ofertado quase 50% a mais.

Pode-se observar que em nenhum momento durante os meses avaliados não houve oferta de pescados. Indica-se, com base em uma alimentação saudável, o consumo de 250 gramas de pescados por semana. Em um estudo realizado pelo MPA em 2011, em parceria com o FNDE, observou-se que a frequência de ofertas de pescados mensal foi 42% e quinzenal 31%, as dificuldades apontadas para a oferta de pescados foram a baixa aceitação, custo elevado e os riscos de espinhas. Infelizmente, levando em consideração que é

produto regional, cultural no estado, acessível durante todo o ano todo, não esteve presente em nenhum dos cardápios analisados.

A oferta de leguminosas esteve presente em 26% (n=31 e nRef=155) entre os meses pesquisados, observando que a única leguminosa ofertada durante os meses foi o feijão. De acordo com os dez passos da alimentação saudável, a recomendação de ingestão de feijão é de no mínimo quatro vezes por semana para crianças maiores de 2 anos (COSTA; VASCONCELOS; CORSO, 2012); se comparado com nosso estudo a leguminosa em questão era oferecida todos os dias em pelo menos uma das refeições.

A categoria de leites e derivados foi ofertada em 29% (n=35 e nRef=175) durante os meses pesquisados, de acordo com Bertin *et al.* (2012), a presença de leite pasteurizado na alimentação escolar deve ser frequente, mas sem adição de açúcares, o que foi observado nesta pesquisa, uma vez que a maioria das ofertas era acrescida de achocolatados.

Segundo uma pesquisa realizada em 2011 pelo CECANE da UFRGS sobre a Composição Nutricional da Alimentação Escolar no Brasil, no grupo de leites e derivados 82% dos municípios apresentaram no cardápio escolar, pelo menos uma vez na semana, leite e queijos.

Tabela 2 – Análise dos cardápios na categoria controlados (presença)

Meses (2018)	Nº Ref	Nº dias	Preparações com açúcar adicionado e produtos com açúcar			Embutidos ou produtos cárneos industrializados			Alimentos Industrializados semiprontos ou prontos			Enlatados e conservas		
			n REF	N	%	n REF	N	%	n REF	N	%	n REF	N	%
Março	95	19	30	6	29%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Abril	100	20	35	7	34%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Maiο	95	19	40	8	39%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Junho	100	20	40	8	40%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Julho	100	20	40	8	40%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Agosto	100	20	40	8	40%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
TOTAL	590	118	225	45	37%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%

Alimentos concen- trados em pó ou desidratados			Cereais matinais, bolos e biscoitos			Alimentos flutu- lentos e de difícil digestão			Fritura, carnes gor- durasas e molhos gordurosos		
n REF	n	%	n REF	n	%	n REF	n	%	n REF	n	%
15	3	16%	20	4	21%	10	2	10%	10	2	10%
10	2	12%	15	3	16%	10	2	12%	10	2	10%
15	3	16%	30	6	29%	10	2	9%	10	2	9%
15	3	17%	30	6	30%	10	2	9%	15	3	13%
15	3	17%	20	4	21%	10	2	9%	10	2	10%
10	2	11%	30	6	30%	20	4	18%	10	2	10%
80	16	17.4%	145	29	24%	70	14	12%	65	13	10.3%

Dos resultados encontrados em 118 (cento e dezoito) dias de cardápios avaliados, durante seis meses, a frequência média de disponibilidade de preparados com açúcar adicionado e produtos com açúcar foi de 37% (n=45 e nRef=225). A oferta de doces nos estudos de Menegazzo *et al.* (2011) foi considerada além das recomendações citadas nos critérios, visto que esteve presente em 92% dos dias avaliados: dos 25 dias do cardápio, em 23 foram oferecidas pelo menos duas preparações industrializadas que continham açúcar como um dos seus principais ingredientes.

A COSAN relata que alimentos industrializados tendem a apresentar alta densidade energética, menos fibras, mais gorduras, açúcar e sal, além de substâncias químicas prejudiciais à saúde.

A elevada ingestão de açúcares diminui a qualidade nutritiva da dieta, pois há um alto consumo de energia concomitante a baixa ingestão de nutrientes. A resolução CD/FNDE n. 26 de 2013 traz no art. 16 que a oferta de doces e/ou preparações doces deve ficar limitada a duas porções por semana, equivalente a 110kcal/porção, diferente deste estudo onde pode-se observar que eram oferecidas em pelo menos uma das refeições preparações adicionadas de açúcar.

Phillippi *et al.* (2015) destacam que a elevada ingestão de açúcar diminui a qualidade nutritiva da dieta, pois há um alto consumo de energia concomitante à baixa ingestão de nutrientes, além dos açúcares contribuírem para a densidade energética global da dieta, promovendo um balanço positivo. Ademais, os açúcares e doces possuem alto índice glicêmico e alta carga glicêmica e o seu consumo pode estar associado ao aumento do risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, doença coronariana, dentre outras. Ainda afirma que a restrição da oferta de açúcares contribui para a redução do risco de obesidade dentre outras alterações metabólicas. Na pirâmide dos alimentos, instrumento utilizado como orientação para em alimentação saudável, os açúcares e doces, principalmente constituídos de carboidratos de cadeia curta e mais rápida absorção, dos tipos monossacarídeos e dissacarídeo, encontram no ápice, devendo contribuir com a menor parcela das calorias da dieta e ser consumidos de forma moderada e com baixa frequência quando comparados aos alimentos da base (cereais, tubérculos e raízes, frutas e hortaliças, leguminosas, carnes e ovos leite e produtos lácteos).

A categoria *embutidos e industrializados*, alimentos industrializados semiprontos ou prontos e enlatados e conservas não foram ofertados em nenhum dos meses analisados. Quando comparado às diretrizes do PNAE e do método AQPC Escola, este é considerado um resultado positivo, visto que estas categorias contêm grande adição de sódio e substâncias químicas prejudiciais à saúde de pré-escolares (BRASIL, 2006a).

Na categoria de *alimentos concentrados em pó ou desidratados*, houve oferta em 17,4% (n=16 e nRef=80) durante os meses pesquisados. Quando comparado ao estudo de Henn *et al.* (2013), os mesmos obtiveram um consumo de 30% nessa categoria. Dentro dessa porcentagem está incluso o leite em pó; porém, o FNDE, no caderno de legislação dentro do parecer técnico, não considera como alimento controlado o leite em pó que contenha somente o leite e alguns ingredientes como proteínas, açúcares, gorduras e outras substâncias minerais do leite.

Para a utilização do leite em pó na alimentação escolar, é necessário estar atento às características citadas acima. O composto lácteo, embora elabo-

rado a partir de substâncias lácteas, difere do leite em pó em sua composição, pois permite a adição de outros ingredientes; sendo assim, “composto lácteo” não é leite em pó.

De acordo com a resolução CD/FNDE n. 26, de 2013, o leite em pó possui características nutricionais semelhantes ao leite UHT com composição similar em macro e micronutrientes, apresenta menor risco de contaminação microbiológica devido à baixa atividade de água, não necessita de refrigeração e possui prazo de validade estendida.

A categoria dos *cereais matinais, bolos e biscoitos* teve uma média de 24% de oferta durante os meses da pesquisa (n=29 e nRef=145).

A adoção de hábitos alimentares conhecidos como “ocidentais”, que consistem em uma alimentação rica em gorduras, especialmente de origem animal, açúcar refinado e reduzida ingestão de carboidratos complexos e fibras, tem sido apontada como condição favorecedora para o estoque energético. Além disso, a falta de informação associada à ausência de políticas de saúde que atendam adequadamente a população torna ainda mais grave e preocupante a epidemia de obesidade instalada no país.

Um estudo, conduzido nos Estados Unidos por Liebman *et al.* (2003), revelou associação positiva entre sobrepeso/obesidade e consumo de bebidas com adição de açúcar, consumo de grandes porções de alimentos, refeições realizadas concomitantemente com outra atividade, e tempo despendido assistindo televisão. Em contrapartida, o aumento do consumo de frutas e hortaliças tem apresentado associação negativa com o ganho de peso.

A categoria de alimentos *flatulentos e de difícil digestão* apareceu em 12% (n=14 e nRef=70) durante os meses pesquisados; dentre os alimentos considerados flatulentos, não pontuamos o feijão como um deles, pois é considerado um “hábito cultural” e não se encaixa nessa categoria; podemos comparar que Menegazzo *et al.* (2011) também não categoriza o feijão como um alimento flatulento pelo fato do “hábito cultural”.

O enxofre em excesso pode causar desconforto gastrointestinal devido à produção de gases pela fermentação bacteriana no cólon. Ressalte-se

que o feijão, fonte proteica, rico em carboidratos e compostos ativos, apesar de não ser contabilizado neste item, também contribui para o desconforto gástrico, devido à presença de oligossacarídeos não digeríveis (FERNANDES *et al.*, 2012).

Entretanto, o remolho dos grãos e a cocção são utilizados para eliminar os fatores antinutricionais e de flatulência, ressaltando-se, assim, a importância do nutricionista na orientação de técnicas de preparo adequadas para a garantia da qualidade nutricional das preparações (DELFINO *et al.* 2010).

No estudo de Menegazzo *et al.* (2011), os cardápios analisados apresentaram alta oferta de carboidratos simples e baixa oferta de frutas e hortaliças, dados estes semelhantes aos observados no presente estudo. Para a qualidade sensorial, o estudo de Menegazzo *et al.* (2011) encontrou baixa presença de alimentos flatulentos ou de difícil digestão (4%) e de monotonia de cores nas refeições (12%), o que pode corroborar os resultados deste estudo, que apresenta uma grande porcentagem de carboidratos oferecidos e uma baixa presença de alimentos flatulentos e monotonia de cores nas refeições. Já na categoria de frutas e hortaliças não pode ser comparado, pois este estudo apresenta uma quantidade alta no consumo desses itens.

O grupo de frituras, carnes gordurosas e molhos gordurosos teve presença em 10,3% (n=13 e nRef=65) dos cardápios, com uso frequente de margarina, rica em gorduras trans e sódio, presente 48 vezes no pão. Não houve presença de frituras. Conforme a resolução FNDE n. 26/2013, recomenda-se que a alimentação na escola tenha, no máximo, 1% das kcal provenientes de gordura trans (BRASIL, 2013), já que esta última tem ação hipercolesterolêmica. Ela é encontrada em gorduras vegetais hidrogenadas, margarinas, biscoitos, pães, frituras, pastelarias, bolos, tortas, entre outros (CHIARA *et al.*, 2002). Nota-se, na análise dos cardápios, alta oferta de margarina, o que está em desacordo com a resolução federal. É preocupante a ingestão de gordura trans, que deve ser eliminada, tendo em vista seus já comprovados efeitos nocivos à saúde (WHO, 2004). Destaca-se também que muitas vezes os produtos alimentícios com menor valor de compra são aqueles com maior conteúdo de gordura trans (VEIROS; MARTINELLI, 2012).

Somente o estudo de Chaves *et al.* (2009) avaliou a qualidade simbólica e regulamentar do cardápio escolar. A pesquisa compreendeu uma amostra representativa nacional dos cardápios do PNAE das regiões do Brasil. Analisou a presença de alimentos e preparações regionais utilizando uma lista de alimentos regionais elaborados com base em revisão da literatura e na lista de alimentos regionais do PNAE.

Os resultados mostraram que a região Sul do Brasil foi a que apresentou maior oferta de preparações regionais no período de uma semana (86,5%). As principais preparações regionais identificadas nos cardápios da Região Sul foram: polenta, arroz carreteiro, risoto, canjica, arroz com galinha, galinhada, sagu e nega maluca (CHAVES *et al.*, 2009).

Neelon *et al.* (2010) destacam que os cardápios podem fornecer informações limitadas com relação à quantidade e a qualidade dos ingredientes que compõem as preparações, o tamanho das porções, a técnica de preparo e as eventuais substituições que podem ocorrer nas etapas de confecção da refeição. Os autores apontam como possíveis limitações dos estudos que utilizam os cardápios para avaliar a qualidade das refeições, o comprometimento pela imprecisão geral dos cardápios e a falta de informações específicas quanto ao tipo de alimentos/bebidas e os métodos de preparo.

As análises foram limitadas quanto aos ingredientes de preparações que são difíceis de serem identificados sem a consulta a fichas técnicas, ressaltando que em algumas preparações continham receitas.

CONCLUSÃO

O cardápio é um instrumento utilizado para auxiliar na EAN, na promoção da saúde e na qualidade de vida dos escolares, podendo ser um aliado na formação de hábitos alimentares adequados e saudáveis. O método AQPC Escola permite uma análise qualitativa, que pode auxiliar o nutricionista no momento da elaboração dos cardápios escolares. Desse modo, propicia e assegura a oferta de preparações saudáveis no ambiente escolar.

Percebe-se, quanto à estrutura dos cardápios avaliados, algumas inadequações no que se refere à inexistência dos valores de macro e micronutrientes, em razão da falta de ficha técnica das preparações. Quanto às refeições oferecidas, estão parcialmente adequadas, com a maioria dos grupos ofertados apropriados para a alimentação dos pré-escolares. Frutas são ofertadas diariamente, cereais, carnes e ovos e leite e derivados estiveram presentes. Quanto às leguminosas, somente o feijão é oferecido, havendo espaço para ampliar a variedade deste grupo nos cardápios. Da mesma forma, as saladas atingiriam um melhor percentual se fossem incluídas também no jantar, uma vez que são ofertadas apenas no almoço e poucas vezes em outras refeições. Não foram ofertados alimentos integrais, nem pescados; a inclusão desse tipo de alimento pode melhorar a qualidade das refeições, trazendo vários benefícios à saúde, conforme as diretrizes do PNAE e orientações do Guia Alimentar para População Brasileira (GAPB).

Não foram encontrados alimentos dos grupos de embutidos ou produtos cárneos industrializados; enlatados em conserva; alimentos industrializados, semiprontos ou prontos e bebidas com baixo teor nutricional – o que indica, sem dúvida, um fator positivo. No entanto, por não apresentar as fichas técnicas e apenas os nomes das preparações, ficou limitada a avaliação dos alimentos que pudessem estar presentes nestes grupos.

É pertinente que as refeições oferecidas tenham menor quantidade de açúcares, pois houve alta oferta de preparações com açúcar adicionado e produtos com açúcar presentes nas refeições, além de alimentos ricos em gorduras *trans*, como biscoitos industrializados e margarina. Ressalta-se o desestímulo ao uso de alimentos industrializados nos cardápios, uma vez que, de acordo com GAPB, alimentos ultraprocessados devem ser evitados. Reforça-se ainda a aquisição de alimentos provenientes da AF, já que as hortaliças são alimentos frequentemente adquiridos, podendo desta forma contribuir para melhorar a qualidade das refeições.

Considerando-se que a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é importante para o alcance da alimentação adequada, saudável e sustentável, o nutricionista tem papel importante não apenas na elaboração do cardápio,

mas também como mediador entre todos os CEIM. Aliás, é essencial haver conscientização dos gestores públicos e pais de alunos quanto à função e à importância deste profissional nas escolas, a fim de favorecer o trabalho desenvolvido e fortalecer a Segurança Alimentar e Nutricional do município.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. S. de; SPINELLI, M. G. N.; PINTO, A. M. de S. Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer. In: **Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer**. 2011.

ARGULHO, F. G.; MAURÍCIO, A. A. Elaboração de cardápio para cantina de colégio particular com sugestões de kits balanceados e custo para aquisição. **Nutr Brasil**, v. 6, n. 2, p. 80-86, 2007.

BARBOSA, Roseane Moreira Sampaio *et al.* Avaliação da ingestão de nutrientes de crianças de uma creche filantrópica: aplicação do Consumo Dietético de Referência. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. Recife, v. 7, n. 2, abr. 2006.

BARTRINA, Javier Aranceta; PÉREZ-RODRIGO, Carmen. Resources for a healthy diet: school meals. **British Journal of Nutrition**, v. 96, n. S1, p. S78-S81, 2006.

BERTIN, Mélanie *et al.* School meals in French secondary state schools: do national recommendations lead to healthier nutrition on offer? **British Journal of Nutrition**, v. 107, n. 3, p. 416-427, 2012.

BEZERRA, J. A. B. Regionalização de cardápios, fortalecimento das economias locais e participação da população na gestão descentralizada da merenda escolar. **Educ Debate**, v. 28, n. 1, p. 86-93, 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 1.010 de 8 de maio de 2006**: Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Diário Oficial da União, 2006a.

_____. Resolução/FNDE/CD n. 32 de 10 de agosto de 2006. Estabelecer as normas para a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. **Diário Oficial da União**, 2006b.

_____. **Guia Alimentar para a População Brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília-DF: Ministério da Saúde: 210, p. 2014.

_____. Lei n. 11.947 de 16 de julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. **Diário Oficial da União**, 2009a.

_____. **Resolução/CD/FNDE n. 38 de 16 de julho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). **Diário Oficial da União**, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, Conselho Deliberativo. **Resolução n. 26, de 17 de junho de 2013**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. 2013.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 112, 2012.

_____. **Cartilha para conselheiros do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)** / Tribunal de Contas da União, Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, Conselho de Alimentação Escolar; Apresentação Raimundo Carreiro, Sílvio de Sousa Pinheiro. – 6. ed. – Brasília: TCU, 2017.

CÂMARA, Leonor M.; FROSSARD, Leila B. de M. Poder de compras da administração pública federal: novas perspectivas para o debate acadêmico. **Encontro de Administração Pública e Governança**, v. 4, p. 2-16, 2010.

CARVALHO, Carolina Abreu *et al.* Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 2, p. 211-221, 2015.

CARVALHO, Alice Teles de *et al.* Programa de alimentação escolar no município de João Pessoa PB, Brasil: as merendeiras em foco. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 823-834, 2008.

CFN (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS). **RESOLUÇÃO CFN N 385/2006**. 2005. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/Resol-CFN-386-atribuicao-nutricionista-PAE.pdf>>.

CHAVES, Lorena Gonçalves *et al.* O programa nacional de alimentação escolar como promotor de hábitos alimentares regionais. 2009.

CHIARA, Vera Lúcia *et al.* Ácidos graxos trans: doenças cardiovasculares e saúde materno-infantil. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 3, p. 341-349, 2002.

CHICOSKI, Cristina Fedalto; ALCANTARA, Leticia Negreiros. Obesidade infantil e suas implicações. **Revista UNIPLAC**, v. 4, n. 1, 2016.

COSTA, Larissa da Cunha Feio; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Fatores associados ao consumo adequado de frutas e hortaliças em escolares de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1133-1142, 2012.

DELFINO, Ricardo de Araújo *et al.* Interação de polifenóis e proteínas e o efeito na digestibilidade proteica de feijão comum (*Phaseolus vulgaris L.*) cultivar Pérola. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, v. 30, n. 2, p. 308-312, 2010.

DE LIMA, Alessandro *et al.* Caracterização nutricional e compostos antioxidantes em resíduos de polpas de frutas tropicais. **Ciência e agrotecnologia**, v. 35, n. 3, 2011.

D'INNOCENZO, Silvana *et al.* Condições socioeconômicas e padrões alimentares de crianças de 4 a 11 anos: estudo SCAALA-Salvador/Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 1, p. 41-49, 2011.

FABRIS, Fabiane Maciel. **O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) na interface com agricultura familiar no município de Criciúma-SC: possibilidades e desafios.** Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Socioeconômico) 2017.

FERNANDES, Ana Carolina; CALVO, Maria Cristina Marino; DA COSTA PROENÇA, Rossana Pacheco. Técnicas de pré-preparo de feijões em unidades produtoras de refeições das regiões Sul e Sudeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 2, p. 259-269, 2012.

FERNANDES, Ciro Campos Christo. Abrangência, inserção e impacto transformador dos sistemas de compras eletrônicas na administração pública: análise do Siasg/Comprasnet. 2005.

FERREIRA, Luiz Antonio Miguel; GARMS, Gilza Maria Zauhy. Educação infantil e a família: perspectiva jurídica desta relação na garantia do direito à educação. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação** - periódico científico editado pela ANPAE, v. 25, n. 3, 2009.

FNDE. **Programa Nacional de Alimentação Escolar.** Relatórios Técnicos 2008. Disponível em: <<http://www.cecane.ufsc.br/Arquivos/cursos%20e%20seminarios/pnae%20-%20fnde.pdf>>. Acesso em: julho de 2018.

FNDE. **Alimentação Escolar, Histórico.** Brasília-DF, 2017. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/index.php/aehistorico>>. Acesso em: julho de 2018.

GOULART, Rita Maria Monteiro; BANDUK, Maria Luiza Sampaio; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo. Uma revisão das ações de nutrição e do papel do nutricionista em creches. **Revista de Nutrição**, 2010.

GUIMARÃES, Lenir V. *et al.* As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. **Jornal de Pediatria**, 2001.

HENN, Rosana *et al.* Avaliação da qualidade das preparações dos cardápios da alimentação escolar oferecida pelas escolas municipais de Itapema-SC. **Nutrição em Pauta**, v. 21, n. 115, p. 41-48, 2013.

ISSA, Raquel Carvalho *et al.* Alimentação escolar: planejamento, produção, distribuição e adequação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 96-103, 2014.

LACERDA, Luiz Ricardo Ferreira *et al.* Prevalência de obesidade infantil e sobrepeso em escolares. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 5, 2014.

LIEBMAN, M. *et al.* Dietary intake, eating behavior, and physical activity-related determinants of high body mass index in rural communities in Wyoming, Montana, and Idaho. **International journal of obesity**, v. 27, n. 6, p. 684, 2003.

LONGO-SILVA, Giovana *et al.* Qualitative evaluation of the menu and plate waste in public day care centers in São Paulo city, Brazil. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 2, p. 135-144, 2013.

MASCARENHAS, Jean Márcia Oliveira; SANTOS, Juliana Cantalino dos. Avaliação da composição nutricional dos cardápios e custos da alimentação escolar da rede municipal de Conceição do Jacuípe, BA. **Sitientibus**, v. 35, p. 75-90, 2006.

MCCAFFREE, Jim. Facility menu planning step by step. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 109, n. 8, p. 1339, 2009.

MENEGAZZO, Manoela *et al.* Avaliação qualitativa das preparações do cardápio de centros de educação infantil Qualitative evaluation of the foods served in children education centers. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 2, p. 243-251, 2011.

MOHAN, Veluppillai. **Public procurement for sustainable development**. Seul: IPPC4, 2010.

MORGAN, Kevin; SONNINO, Roberta. Repensando a alimentação escolar: o poder do prato público. WORLDWATCH INSTITUTE. **Estado do Mundo: transformando culturas - do consumismo à sustentabilidade**. Bahia: UMA, p. 72-78, 2010.

MPA. **Boletim Estatístico da Pesca e Aquicultura** - 2011. 2011.

MPOG. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Compras sustentáveis na administração pública ganham em eficiência econômica**. Brasília: MPOG, 2012.

MÜLLER, Patrícia Carla. Avaliação do desperdício de alimentos na distribuição do almoço servido para os funcionários de um hospital público de Porto Alegre-RS. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

NEELON, S. E. B. *et al.* Comparison of menus to actual foods and beverages served in North Carolina child-care centers. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 12, p. 1890-1895, 2010.

NGUYEN, Jason C. D.; KILLCROSS, A. Simon; JENKINS, Trisha A. Obesity and cognitive decline: role of inflammation and vascular changes. **Frontiers in neuroscience**, v. 8, p. 375, 2014.

NOVELLETO, D. L. A importância do planejamento de cardápios para as unidades de alimentação e nutrição considerando as condições de trabalho no processo produtivo: um estudo de caso. **Revista de Nutrição**. Campinas, SP, v. 26, n. 8, p. 332-386, jan./fev. 2005.

OLIVEIRA, M. C. F.; SILVA, M. M. S.; SANT'ANA, M. S. L. **Alimentação saudável do pré-escolar**. In: SILVA, M. M. S.; CAMPOS, M. T. F. S. (Ed.). Segurança alimentar e nutricional na atenção básica em saúde. Viçosa, MG: UFV, 2003. p. 117-132.

ORUÉ, Alline Lam. Avaliação da merenda escolar e do consumo alimentar de crianças do ensino fundamental em uma escola municipal em Ponta Porã – MS. 2011. 24 f. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Universidade Estadual do Centro-oeste, Guarapuava, 2011.

PASSOS, Darlise Rodrigues *et al.* Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 1, p. 42-49, 2015.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva; CRUZ, Ana Teresa Rodrigues; COLUCCI, Ana Carolina Almada. Food guide pyramid for young children 2 to 3 years old. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 1, p. 5-19, 2003.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Editora Manole, 2015.

PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições. In: **Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições**. 2005.

RIBEIRO, Ana Lúcia *et al.* Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e a participação da agricultura familiar em municípios do Rio Grande do Sul. **Revista Gestão e Desenvolvimento em Contexto**, v. 1, n. 1, p. 36-49, 2013.

SANTOS, Sérgio Ribeiro *et al.* As formas de gestão do programa nacional de alimentação escolar (PNAE). **Revista de Salud Pública**, v. 18, p. 311-320, 2016.

SILVA, Camila Spido da. **Avaliação da adequação do cardápio oferecido em uma escola de educação infantil de um Hospital Público de Porto Alegre/RS**. 2015.

SILVA, Mayara Micaelle Della Costa; GREGÓRIO, Eric Liberato. Avaliação da composição nutricional dos cardápios da alimentação escolar das escolas da rede municipal de Taquaraçu de Minas-MG. **HU Revista**, v. 37, n. 3, 2012.

SIQUEIRA, L. S. *et al.* A importância da descentralização do PNAE para a efetivação de suas propostas. **II Jornada Ibero-Americana de Pesquisas em Políticas Educacionais e Experiências Interdisciplinares na Educação**, Natal, 2017.

SOBRINHO, Joziane Francisca. Avaliação da qualidade dos cardápios ofertados para pré-escolares de uma escola privada no Distrito Federal. Monografia (Especialização em Gestão da Produção de Alimentos Saudáveis). Brasília, 2017.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação: obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: SBP; 2008.

SOUZA, Amanda de M. *et al.* Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito nacional de alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 190s-199s, 2013.

TRICHES, Rozane Marcia; SCHNEIDER, Sergio. Alimentação escolar e agricultura familiar: reconectando o consumo à produção. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 933-945, 2010.

TUMA *et al.* Avaliação antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, Distrito Federal Dietary and anthropometric assessment of three pre-schools from Brasília, Federal District, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 419-428, 2005.

VEIROS, Marcela Boro *et al.* **Análise das condições de trabalho do nutricionista na atuação como promotor de saúde em uma unidade de alimentação e nutrição: um estudo de caso.** 2002.

VEIROS, Marcela Boro; MARTINELLI, Suellen Secchi. Avaliação qualitativa das preparações do cardápio escolar–AQPC Escola. **Nutrição em Pauta**, v. 20, n. 114, p. 3-12, 2012.

VEIROS, M. B; PROENÇA, R. P. D. C. Avaliação Qualitativa das Preparações do Cardápio em uma unidade de Alimentação e Nutrição – Método AQPC. **Nutrição em Pauta**, v. 11, n. 62, p. 36-42, set./out. 2003.

VITOLO, Márcia Regina. Práticas alimentares na infância. Vitolo, M. R. (ed.). **Nutrição: da gestação ao envelhecimento.** Rio de Janeiro (RJ): Rubio, 2008.

WILLIAMSON, Oliver E. **The mechanisms of governance.** Oxford University Press, 1996.

World Health Organization. **Global strategy on diet, physical activity and health.** Geneva; 2004.

COMPREENDENDO AS ESTRATÉGIAS DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE USUÁRIOS DO CAPS I MICRORREGIONAL DE LAURO MÜLLER – SC

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat03>

Juliana Daniel Rabelo

Curso de Psicologia – UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
psicojulianadrabelo@gmail.com

Rosa Nadir Teixeira Jerônimo

Psicóloga Comunitária – Autônoma
rntjpsi@gmail.com

Zolnei Vargas E. de Córdova

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
zolneivargas@hotmail.com

Dipaula Minotto da Silva

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
dms@unesc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada na década de 1970, as equipes de saúde mental passam a rever junto aos usuários e familiares o papel da família no processo de reabilitação psicossocial de sujeitos antes excluídos do convívio familiar e social. Os modelos de cuidado na perspectiva da reabilitação psicossocial a partir destas discussões, passaram a incluir o cuidador como uma relevância cada vez maior. Porém, verificam-se constantes dificuldades enfrentadas na prática do papel de cuidador, como reflexo das décadas de exclusão e segregação dos ditos loucos, que privilegiaram as internações de longa permanência à instrumentalização e amparo às famílias. Em contrapartida, sabe-se que o cuidado contribui para uma sobrecarga de familiares, podendo comprometer sua qualidade de vida. Estudos brasileiros e internacionais comprovaram que de forma geral, cuidadores de pessoas com condições crônicas e incapacitantes vivenciam algum tipo de sobrecarga (TUCKER *et al.*, 1998; SENA 2008; PEGORARO, 2006 *apud* ALMEIDA, 2009).

Nessa ótica, o impacto do diagnóstico, a necessidade de se ajustar ao novo contexto, os encadeamentos da cronicidade do quadro clínico concomitante ao estigma social, podem gerar sofrimento, medo, angústia e culpa nos familiares. Isto porque, conforme a literatura, a família experiencia um quadro de desgaste o que, por sua vez, também pode influenciar na relação com a pessoa cuidada.

De modo geral, a presença de um sujeito com sofrimento psíquico dentro da família pode afetar seu funcionamento, sobretudo, suscita interrupção da rotina existencial do principal cuidador, na qual passa a colocar suas próprias necessidades e desejos em segundo plano, tornando-se sobrecarregado por incumbir com a responsabilidade gerada por esta patologia.

O interesse pelo tema deste trabalho manifestou-se a partir do estágio realizado na área da saúde mental. Durante a graduação, mais precisamente no segundo semestre de 2016, a pesquisadora participou enquanto acadê-

mica do estágio supervisionado em Psicologia Social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) do município de Criciúma-SC. Esse estágio foi um importante momento por conta do contato com esse universo até então pouco conhecido, e para desconstruir preconceitos, refletindo sobre as possibilidades de reabilitação neste âmbito. Aos poucos foi possível conhecer o serviço de atendimento a sujeitos que apresentavam sofrimento psíquico, assim como também o cotidiano destes locais e os recursos terapêuticos disponibilizados aos mesmos.

Portanto, foi nesse mesmo cenário, na convivência com o CAPS, que alguns questionamentos surgiram, como: de que maneira seria para os seus familiares conviver com uma condição em que eles são, geralmente, os cuidadores? Que tipo de atenção é oferecido pelo CAPS a essas famílias? Que lugar a família ocupa no processo de reabilitação psicossocial desse sofredor psíquico?

Nesse sentido, houve o interesse em pesquisar sobre o tema para compreender a relação dos serviços com as famílias de usuários, posto que essa relação seja ponto fundamental e indispensável no âmbito da Reforma Psiquiátrica. O esforço de manter esse sujeito próximo à sua família, com o intuito principal de garantir o cuidado em liberdade, converteu-a numa legítima aliada no processo de reconstrução da identidade social da pessoa com transtorno mental (AMARANTE, 2001).

Para tanto, a escolha do local se deu após consulta à Câmara Técnica da RAPS da região carbonífera, onde se questionou que municípios teriam experiência exitosa de trabalho com família em CAPS. No ato da consulta a coordenação do serviço se colocou à disposição como campo para a realização da pesquisa.

Assim, considerando o CAPS o principal dispositivo na assistência em saúde mental, é importante compreender como este dispositivo vem efetivamente atuando, lançando luz na relação do trabalho que vem sendo desenvolvido com as famílias dos usuários. De acordo com a pesquisa de Mielke *et al.*, intitulada “A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão”,

publicada em 2010, a inserção da família no CAPS é apontada como imprescindível para a concretização do processo de desinstitucionalização, ou seja, “a família é uma aliada, uma parceira no processo de reabilitação psicossocial do usuário” (p. 764).

Diante do exposto, considera-se relevante investigar de que maneira essas famílias são acompanhadas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), visto que a atual política de saúde mental no Brasil respalda-se no retorno e na permanência da pessoa com sofrimento psíquico ao seu núcleo familiar e social. Além disso, verificou-se a incipiência de literaturas que abordem a temática do cuidado e inserção das famílias nos CAPS.

Objetivo geral: Investigar como são acompanhadas as famílias de pessoas com sofrimento psíquico que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) microrregional de Lauro Müller-SC, de acordo com proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Objetivos específicos: Compreender quais são as estratégias de apoio às famílias dos usuários do CAPS; Conhecer a experiência de trabalho realizada em um grupo de família no CAPS; Analisar como o CAPS auxilia os familiares com base na proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira.

MÉTODOS

O presente estudo é classificado como uma pesquisa exploratória, com um delineamento do tipo estudo de campo de abordagem qualitativa, escolhida por ser a mais adequada quando se trabalha com a subjetividade dos eventos e sujeitos.

De acordo com Michel (2015, p. 40), a pesquisa qualitativa se evidencia pelo fato de que “a verdade não se comprova numérica ou estatisticamente; ela surge na experimentação empírica, a partir da análise feita de forma detalhada, abrangente, consistente e coerente, e na argumentação lógica de ideias.” A autora afirma, ainda, que neste tipo de pesquisa a realidade é investigada em seu ambiente natural, tentando dar significados aos fenômenos

ou analisá-los conforme os sentidos atribuídos às pessoas envolvidas nesse contexto. Pinheiro *et al.* (2005 *apud* MICHEL, 2015) enfatiza:

A pesquisa qualitativa caracteriza-se por um estudo analítico, não necessariamente estatístico, cujo propósito é identificar e analisar com maior grau de profundidade dados e informações não mensuráveis, sentimentos, sensações, percepções, pensamentos, intenções, comportamentos passados, expectativas futuras, experiências, vivências. Para esse objeto de estudo, a pesquisa qualitativa se propõe a entender, interpretar motivos e significados de um grupo de pessoas em relação a uma questão especificamente determinada. (p. 41)

Nessa lógica, Tomasi e Yamamoto (1999, p. 22) corroboram ao dizerem que “a pesquisa qualitativa envolve a coleta e análise sistemática de materiais narrativos mais subjetivos [...]”, fazendo uso, quando inevitável, de procedimentos onde é mínima a propensão de controle do pesquisador. Os autores enfatizam que os pesquisadores se direcionam a visibilizar “os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspectos em uma totalidade, no contexto daqueles que os estão vivenciando” (p. 24). Assim, esse modelo de pesquisa fundamenta-se na premissa de que somente se conhece o indivíduo a partir da narração da experiência humana, ou seja, da mesma maneira que é explicada pelo próprio sujeito.

No que tange a pesquisa exploratória, a mesma pretende “familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas ideias” (TOMASI; YAMAMOTO, 1999, p. 30). Desta forma, o estudo exploratório propõe um delineamento flexível para permitir que se considerem os inúmeros aspectos de um delimitado problema. Além disso, utiliza-se esse tipo de estudo para obter os elementos essenciais que lhe concedem encontrar os resultados que espera (TOMASI; YAMAMOTO, 1999).

Por fim, a pesquisa de campo configura-se na forma de coleta de dados do contexto natural, com o intuito de observar, criticar a realidade, alicerça-

do na teoria estudada, no sentido de investigar de que maneira essa teoria reage na realidade. Desta forma, o confronto da teoria com a prática possibilitará responder ao problema da pesquisa e alcançar seus objetivos (MICHEL, 2015).

O local eleito para a coleta de dados foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) microrregional dos municípios de Lauro Müller e Treviso, com sede em Lauro Müller. O município, que se situa ao sul do estado de Santa Catarina, possui uma população estimada de 15.149 mil habitantes de acordo com dados de 2017 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Treviso, igualmente localizado ao sul de Santa Catarina, possui população estimada de 3.863 pessoas (IBGE, 2017).

Os municípios atendidos pelo CAPS I em Lauro Müller pertencem à microrregião da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), logo recebem suporte da 20ª Gerência Regional de Saúde (20ª GERSA) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e compõem a Câmara Técnica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região carbonífera.

O CAPS I foi inaugurado em 2014 e conta atualmente com 5 profissionais técnicos, possui um total de 124 usuários cadastrados e 65 usuários inseridos no serviço, e está instalado ao lado do Hospital Henrique Lage, no centro da cidade. A escolha do local se deu após consulta à Câmara Técnica da RAPS, onde se questionou que municípios teriam experiência exitosa de trabalho com família em CAPS. No ato da consulta a coordenação do serviço se colocou à disposição como campo para a realização da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram 2 familiares e 2 profissionais, sendo que a escolha desse número se deu considerando a logística da pesquisa, ou seja, por uma questão de organização, decorrente da distância do local, bem como ao tempo que a pesquisadora possuía para realizar o estudo. Além disso, no que concerne à pesquisa qualitativa, esta por sua vez não exige um número de sujeitos. Neste sentido, avaliou-se que a quantidade de sujeitos entrevistados não influenciou de forma negativa na qualidade do resultado da pesquisa. Contrariamente, os dados coletados foram ricos, colaborando significativamente para que se pudesse alcançar uma análise satisfatória.

Sendo os sujeitos de pesquisa representados por 2 familiares e 2 profissionais, trata-se de moradores do município de Lauro Müller, do gênero feminino, com idades entre 31 e 60 anos, sendo que os dois familiares possuem ensino fundamental incompleto e são donas de casa; e os profissionais possuem ensino superior completo e atuam nesse CAPS de 2 anos a 4 anos. A formação inicial dos profissionais de ensino superior e outros dados não serão informados para garantia da identidade dos sujeitos.

Os critérios utilizados para a seleção dos entrevistados foram: apresentar disponibilidade para fornecer entrevista gravada, mediante sigilo de identificação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ser profissional do CAPS com no mínimo 1 ano de experiência na saúde mental; ser familiar e considerado, pela equipe do CAPS, como cuidador de usuário do CAPS.

Quanto ao termo “cuidador”, compreende-se uma pessoa que presta cuidados a um usuário do CAPS, considerado como o responsável pelo usuário, ou seja, aquele a quem a equipe aciona em caso de necessidade.

Inicialmente foi realizado um primeiro contato com o CAPS, pela pesquisadora, para apresentar a proposta de estudo e, posteriormente, obter a Carta de Aceite para realização da pesquisa. Seguidamente, foi submetido o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Após aprovado, foi feito o contato com os participantes da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado para que autorizassem formalmente o estudo (Apêndice C).

A coleta de dados se deu em dois momentos, em que a observação participante no grupo de família ocorreu no período de abril a maio de 2018 e as entrevistas no período de junho a julho do ano corrente. O registro das observações foi feito através de anotações, compreendendo descrições do meio físico, atividades desenvolvidas, conversas, percepções, dentre outros, em diário de campo.

A observação participante pode ser vista como uma peça fundamental no estudo da pesquisa qualitativa. Diferentes estudiosos a utilizam como

método de investigação para compreender a realidade (MINAYO, 2008). A autora ainda diz que a observação é:

[...] tratada como forma de complementar de compreensão da realidade empírica. Uma coisa é certa na opinião de todos os estudiosos: existe necessidade de o pesquisador relativizar o seu espaço social, aprendendo a se pôr no lugar do outro. No trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser inconveniente, é uma virtude (p. 274).

Esse modelo presume que o pesquisador participe e insira-se à comunidade ou grupo estudado. Assim, nesse modo de observar, o pesquisador adquire confiança do grupo, favorecendo a aquisição dos dados (MICHEL, 2015). Seguiu-se a sugestão da forma tradicional, que propõe a utilização do instrumento chamado “diário de campo”, um caderno onde o pesquisador registra o que é observado e que não é objeto de nenhuma parte da entrevista. Nesse diário devem ser anotadas todas as impressões pessoais, as conversas informais, as observações de comportamentos, entre outros aspectos, e esses dados devem ser utilizados para a análise do seu objeto de pesquisa (MINAYO, 2008).

As entrevistas foram orientadas por roteiros semiestruturados direcionados aos familiares e aos profissionais respectivamente (Apêndices A e B). Estas, por sua vez, ocorreram na sala de coordenação do CAPS I, tiveram duração aproximada de 40 minutos cada e foram gravadas em áudio. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos de acordo com a disponibilidade para ceder entrevistas, de forma aleatória. As entrevistas ocorreram durante o período de observação após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Michel (2015), ao abordar sobre a modalidade de entrevista semiestruturada, refere que na mesma “o entrevistado tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada; permite explorar mais amplamente uma questão”. A mesma autora destaca que:

Os entrevistados são abordados com o mesmo número de perguntas, mas estas não são fechadas, podem ser explicadas, traduzidas. Ao longo do processo, perguntas podem ser retiradas por não fazerem sentido; outras podem ser oportunamente incluídas. O entrevistador conduz o processo, tem competência para alterar o roteiro, sem perder a essência do que quer abordar e cuidando de replicar o mesmo foco para as demais. (p. 87)

Desse modo, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Conforme as demandas do presente estudo, que visou investigar como são acompanhadas as famílias de pessoas com sofrimento psíquico que frequentam o CAPS I de Lauro Müller, a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, os dados desta pesquisa foram analisados por meio da análise de conteúdo. Sendo que para esta análise, primeiramente foi realizada a leitura flutuante das entrevistas transcritas, que consistiu na leitura exaustiva e organização do material de acordo com a representatividade e pertinência e, seguidamente, o material foi codificado com palavras-chave.

Desse modo, a análise de conteúdo configura-se em “uma técnica de levantamento de dados que utiliza textos, falas, informações já coletadas, de forma extensiva, ou seja, é uma análise feita a posteriori à coleta” (MICHEL, 2015, p. 87). De acordo com a autora, essa técnica busca elaborar uma análise profunda da mensagem, para investigar se existe ou não conformidade entre a realidade manifesta ou contida no texto, isto é, procura o que está oculto em cada mensagem. Além disso, foca na importância das respostas e na coerência dos dados fornecidos, bem como objetiva exteriorizar o que está encoberto.

Para aplicar a técnica de análise de conteúdo exige-se do pesquisador um nível de maturidade e responsabilidade, pois poderá suscitar conclusões precipitadas ou interpretadas incorretamente, gerando dados infundados para o alvo da pesquisa (MICHEL, 2015).

Nessa ótica, por meio da análise de conteúdo, pode-se obter respostas para as questões apresentadas na pesquisa e, igualmente, pode-se confirmar as hipóteses (GOMES, 2004). O referido autor reforça que “o produto final da análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa” (p. 79).

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e aprovado sob o parecer n. 2.700.941 (Anexo A). Além disso, o estudo respeitou todas as diretrizes legislativas vigentes que tangem sobre os aspectos éticos em pesquisa que envolva seres humanos, seguindo os ditames das resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466/2012 e 510/2016.

As pessoas que aceitarem participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), composto por duas vias, sendo que uma via ficou com o pesquisador e a outra fornecida ao participante, assim como receberam informações sobre os objetivos e a metodologia adotada. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente, depois foram analisadas de acordo com as etapas do método. As transcrições, os documentos (os dados) e as gravações ficarão de posse da pesquisadora durante o prazo de cinco anos.

Quanto a possíveis conflitos de interesses, é importante citar que a pesquisadora proponente desta pesquisa não possui nenhum vínculo com o local de estudo.

Riscos: essa pesquisa não ofereceu riscos físicos e emocionais importantes a serem considerados. Entretanto, pela natureza interacional das entrevistas, tomou-se o cuidado, pois o processo de coleta de dados pode ocasionar o surgimento de emoções relacionadas às demandas da pesquisa. Em caso de suscitar emoções, os entrevistados poderiam contar com a pesquisadora para acolher os sujeitos em tais situações e a entrevista poderia ser interrompida a qualquer momento se o participante manifestasse interesse que assim ocorresse. Não foi necessária nenhuma interrupção ou intervenção durante a realização das entrevistas.

Benefícios: ao aceitar fazer parte desta pesquisa, os envolvidos no processo ficaram cientes que sua participação colaborou para uma pesquisa científica referida a um Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia. Além disso, a pesquisa possibilitou visibilizar as estratégias que são utilizadas para dar suporte às famílias de usuários frequentadores de um CAPS de referência na região, com possibilidade de expansão deste conhecimento a partir de produção/publicação científica. O material das entrevistas foi arquivado pela pesquisadora para que se guarde o sigilo das informações. Neste caso, para garantir seu anonimato, os nomes dos entrevistados foram substituídos na pesquisa por códigos de identificação utilizando a letra inicial do segmento ao qual pertence e a numeração de acordo com a ordem da realização das entrevistas por segmento de sujeito. Desse modo, as entrevistas foram referenciadas da seguinte forma: EF1 e EF2 (entrevistas dos familiares e número conforme a ordem de realização); EP1 e EP2 (entrevistas dos profissionais e número conforme a ordem de realização).

RESULTADOS

Os resultados apresentados têm como base os dados coletados em dois momentos: um deles a partir das entrevistas com familiares e profissionais, e outro a partir da observação no grupo de família.

Com vistas a responder aos objetivos da pesquisa, os resultados serão apresentados a partir de 3 eixos, sendo eles: as compreensões sobre as principais estratégias de apoio às famílias; a identificação de experiências realizadas no grupo de família; e a análise de como o CAPS auxilia os familiares a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira.

ESTRATÉGIAS DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE USUÁRIOS DO CAPS I DE LAURO MÜLLER

De acordo com o estudo teórico, a família sempre foi afastada dos cuidados da pessoa com sofrimento psíquico, tanto pelo difícil acesso aos hospitais psiquiátricos, quanto pela responsabilização/culpabilização das famílias no adoecimento da pessoa com sofrimento psíquico. No entanto, com as significativas transformações ocorridas a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, constitui-se um modelo para a atenção em saúde mental, direcionada pela ideia de desinstitucionalização (CAMATTA *et al.*, 2011).

Os autores supracitados referem que no contexto de ação em saúde mental surgem como um dos recursos e configurações de intervenções os CAPS. Estes se constituem como a principal estratégia no processo da Reforma Psiquiátrica, como dispositivos designados a acolher as pessoas que apresentem sofrimento psíquico, instigando sua inserção social e familiar, do mesmo modo que corroborando no desenvolvimento da sua autonomia (MINAS GERAIS, 2007 *apud* FACURY, 2010).

Nesse bojo, uma das mudanças promovidas com a reelaboração da assistência em saúde mental, foi a de viabilizar que o sujeito com sofrimento psíquico continue com sua família. Todavia, para que este convívio seja favorável, é necessário que o serviço esteja inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se coloquem a disponibilizar uma continuidade de cuidados (SCHRANK, 2006).

Nesse sentido, verificou-se a partir das narrativas de familiares, que uma significativa ação de suporte aos familiares é compreendida pela existência do CAPS. Essa questão surge como um benefício aos familiares, ao mostrar que se “tem o serviço e ficar com o usuário”, permitindo que o familiar “descanse” em alguns momentos, ou, em outras palavras, que o familiar tem uma espécie de auxílio que possibilita a diminuição da sobrecarga dos familiares. Assim, essa ação revela-se nos relatos a seguir:

[...] nossa, ela fica em casa uma vez na semana, na quinta-feira em casa. Imagina nós assim né, se não tem CAPS. Ela mesma assim, se não tem CAPS fica toda agoniada, bem...então ela já tem aquele, como diz, uma família né (EF1).

[...] Porque a gente vê as atitudes dele, normalmente ele chega mais calmo sabe, bem mais calmo. Aquele dia fica muito melhor de tu trabalhar com ele, porque (o usuário) é um pouquinho difícil, por 3 motivos que eu te dou sobre (o usuário): um, eu sou (grau de parentesco), a idade e a doença (EF2).

Mediante os escritos acima, avalia-se que os familiares retratam que quando o serviço fica com o usuário está fazendo algo pelo familiar. Ou seja, atender os usuários no CAPS é uma maneira de conceder assistência a essas famílias, caracterizado, principalmente, por garantir um lugar de vida, que as famílias expressam ao dar ênfase e o fato de que os usuários podem passar o dia, que se sobrepõe ao fato de ter o atendimento em si (consultas, medicações entre outros recursos terapêuticos).

A literatura vai apontar sobre o papel dos profissionais de saúde sobre seu impacto na questão da sobrecarga carga familiar no campo da saúde mental da seguinte forma:

O conhecimento desse quadro de sobrecarga por parte dos profissionais de saúde sugere que as intervenções terapêuticas levem em consideração essa realidade. Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas (MELMAN, 2008 *apud* SANTIN; KLAFKE, 2011, p. 155).

Conforme as entrevistas com os profissionais, para atenuar a sobrecarga dos familiares é preciso trabalhar numa rede de cuidados, onde o usuário é atendido de maneira integral, não permitindo que este fique somente sob a responsabilidade da família ou do CAPS. Neste sentido, um dos profissionais corrobora os benefícios do CAPS às famílias ao inserir o usuário do serviço, ao afirmar que:

[...] A gente conseguiu atrair mais pessoas né e os familiares também, eles gostam muito do serviço, porque é um serviço que tem o ano todo né, um serviço que auxilia muito quem tem uma pessoa com transtorno mental em casa. A gente tá o ano todo trabalhando, a gente não fecha, só final de semana (EP2)

Ainda de acordo com os dados levantados, os profissionais enfatizam outras formas de auxílio às famílias de pessoas com sofrimento psíquico no CAPS em questão. Dentre elas, podem ser citadas: visita domiciliar, a busca ativa, o atendimento individual e o acolhimento.

A visita domiciliar é compreendida como “uma opção para o cuidado da rede familiar, justificando que o território de atuação do CAPS vai além do contexto deste, com um referencial de que o cuidado integral só ocorre a partir do conhecimento do contexto do sujeito” (TELES; BOMFIM; QUEIROZ, 2016, p. 13).

Ao abordar as visitas domiciliares, os profissionais consideram-nas como um importante recurso terapêutico. Isso fica claro nos relatos abaixo:

[...] nas atividades no domicílio, elas têm sido um nicho muito importante pra nós nesse sentido, de a gente realmente resgatar esse contexto social que muitas vezes foi perdido ou talvez nunca aprenderam a fazer [...]. A gente começou agora semana passada um trabalho de referência de atividades domiciliares que são as AVDs (Atividades de Vida Domiciliar) junto com a família e paciente, e a gente

viu que havia situações que a família ou o familiar que às vezes é o responsável, que é o curador, está mais doente que o paciente, ele é tão paciente quanto o que nós temos aqui (EP1).

E a visita domiciliar, visita e atendimento, que a gente visita, também entra, senta e conversa né e faz a intervenção. Eu acho que no momento é a melhor estratégia que a gente tá utilizando, ir até essas famílias, eu vejo isso, eu particularmente tô gostando muito de fazer as visitas, é muito esclarecedor pra gente [...] quanto mais contato a gente tiver com a realidade dessa pessoa, a família em que ele vive, a casa onde ele mora, como é que são seus hábitos né, a sua rotina, acho que melhor vai ser o plano de tratamento dele (EP2).

Esses depoimentos demonstram que a visita domiciliar é um recurso indispensável para o amparo em saúde, visto que por meio dela os profissionais podem apoiar e cuidar não unicamente o usuário, porém, da mesma forma a família, fortalecendo a prática de enxergar o sujeito integralizado. É mediante as visitas que se torna viável intervir conhecendo a rotina do usuário, do familiar e o meio em que estão inseridos, possibilitando identificar as reais necessidades.

As ideias de Teles, Bomfim e Queiroz (2016, p. 13) sugerem que “a casa não é só um lugar físico, é um local de relações e experiências para os que nela convivem, devendo, portanto, as relações e os acontecimentos deste serviço também se estenderem ao domicílio”.

No que tange a busca ativa, esta exprime:

[...] um sentido de comprometimento e responsabilidade conjunta da equipe. É um modo de estar com a família quando as mesmas se apresentarem distantes do tratamento, ou com dificuldades no cuidado ou até mesmo quando a família não consegue conciliar seu horário com

o do funcionamento do CAPS. Possibilita um outro espaço de expressar compromisso, de acolhimento das necessidades e dificuldades, ultrapassando a estrutura física das práticas assistenciais (SCHRANK, 2006, p. 86).

Os resultados apontaram para a necessidade de estar buscando novas práticas. Assim sendo, a equipe demonstra capacidade de invenção a partir das características dos familiares do município:

Alguns familiares, nós temos um distanciamento muito grande né, do tratamento do paciente, alguns a gente não consegue entrar em contato, a gente tem que ficar indo atrás sempre buscando contato, outros estão sempre aqui, até porque tem dificuldades de lidar com eles (usuários), então buscam muito a nossa ajuda, a nossa orientação. Então tem os dois lados assim, aqueles que buscam bastante o serviço, [...] e aqueles que nunca aparecem e a gente tem que tá indo atrás. E que nós, profissionais de saúde né, às vezes a gente [...] trabalha atendendo uma demanda que vem espontaneamente ou encaminhada, que vem até nós, e eu acho que um grande aprendizado que a gente tá tendo é que nós temos que ir em busca das pessoas né, então hoje a gente faz mais esse movimento. A gente vai, faz visita domiciliar né, a gente faz contato telefônico com mais frequência. Antes a gente marcava os grupos, marcava as reuniões e esperávamos que eles viessem [...] (EP2).

A busca ativa proporciona um deslocamento da equipe para além do CAPS, assim conhecendo a realidade das famílias e usuários. Nesse sentido, a busca ativa é utilizada para “denotar uma postura política de trabalho sob a bandeira da integralidade do cuidado, que pressupõe atender às necessidades de saúde para além da demanda espontânea” (MATTON, 2001 *apud* LEMKE; SILVA, 2010, p. 286).

Dentre as diversas formas de apoio aos familiares no CAPS, surge também nas narrativas o atendimento individualizado. Este proporciona aos

sujeitos implicados uma comunicação mais direta e precisa, permitindo um diálogo mais próximo sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais, ou familiares e usuários. Assim, quando no momento exige entender alguma conduta, questionar qualquer conjuntura que envolve uma pessoalidade, ou quando o indivíduo necessita de orientações, é sugerido o atendimento individual (SCHRANK, 2006).

No CAPS I de Lauro Müller, o atendimento individual é ofertado aos usuários e familiares com a finalidade de orientar, dar suporte, assim como acompanhar seu tratamento. É, também, através do atendimento individual que o profissional verifica as necessidades do usuário e poderá encaminhá-lo a integrar-se em um grupo. Assim, os profissionais trazem em suas falas:

[...] eu acho que ele traz no grupo, traz pro grupo, mas também traz de forma individualizada as dificuldades que ele tem, e com base nas dificuldades apresentadas a gente vai fazer as orientações pertinentes (EP1).

O atendimento individual, onde a gente conversa individualmente com cada familiar, a gente entra realmente especificamente naquele caso né [...] (EP2).

Nessa ótica, as atividades de inclusão da família no contexto da saúde mental também são exercidas no atendimento individualizado, e este também tem como intuito conceder amparo emocional, discutir intervenções, assim como estabelecer laços afetivos. Assim, Mielke (2010) enfatiza que compreendendo a família como integrante essencial no processo de reabilitação, essa deve ser acompanhada pelos serviços de saúde mental de modo que suas necessidades sejam acolhidas.

Nessa mesma linha de compreensão, considera-se o acolhimento como uma das estratégias de apoio, entendido como:

[...] acolher significa repensar a organização do processo de trabalho dos serviços substitutivos, que trabalham sob a lógica da atenção psicossocial. Para a prática do acolhimento é imprescindível que a equipe de saúde compreenda a importância dessa estratégia para a reabilitação da família, o objeto do cuidado, compreendendo que as tecnologias relacionais são importantes para a produção do cuidado na atenção psicossocial. [...] Nesse sentido, sinceridade, cumplicidade, afetividade, confiança e responsabilização são instrumentos do trabalho em saúde efetivos na acolhida, promovendo o fortalecimento e apoio nas relações com os familiares (MIELKE, 2010, p. 763).

Na atenção psicossocial, o acolhimento e a escuta são instrumentos primordiais de trabalho. São eles que viabilizam dar voz ao sofrimento do sujeito e, portanto, uma escuta qualificada faz toda diferença. É através da escuta que o indivíduo, ao falar para o outro, possibilita o alívio e a reflexão acerca da sua condição, conseqüentemente, minimizando a dificuldade e escolhendo o que é melhor para si (MIELKE, 2010).

Muito bom, tanto como elas como psicóloga, como psiquiatra, como a coordenadora, a enfermeira, todos são muito atenciosos sabe, eu acho assim que a atenção tanto pra eles que são doentes como pra nós é essencial sabe, porque se tu te sentes acolhida, todo mundo se sente acolhido, né? (EF2).

Partindo da narrativa do participante, mostrou-se o envolvimento da equipe na escuta às necessidades do usuário e dos familiares, evidenciando, assim, a acolhida do CAPS. O acolhimento é visto como uma ação em saúde da qual o resultado é evidente, já que as famílias estabelecem vínculos afetivos significativos com os profissionais do serviço, tendo-os como referência para o cuidado.

Neste sentido, compreende-se que o acolhimento não representa a completa solução dos problemas expostos pelo paciente, mas uma atenção concedida abrangendo a escuta, a valorização das queixas, o reconhecimento das necessidades e um direcionamento adequado das demandas (SCHRANK, 2006).

A visita domiciliar, a busca ativa, o atendimento individual e o acolhimento foram analisados nos discursos de profissionais e familiares como importantes estratégias de cuidado as famílias dos usuários. Estas se mostram como ferramentas importantes de integração para a parceria entre a família e o serviço. Entretanto, o grupo de família apareceu na pesquisa como a principal estratégia de atenção dirigida à família, bem como de grande influência para operacionalização dos demais processos. Empiricamente já se sabia que a equipe considerava o grupo uma prática exitosa, neste sentido, buscou-se conhecer a experiência de trabalho realizada no grupo.

A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE FAMÍLIA DO CAPS I DE LAURO MÜLLER

Para dar início a esse capítulo, considera-se importante destacar a definição de grupo. Zimerman (2000), ao abordar os grupos, refere que “um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos e sua relação com os respectivos subgrupos se constitui em uma comunidade, e um conjunto interativo das comunidades configura uma sociedade”. (p. 82)

O autor supracitado assinala que as pessoas convivem e interagem na maior parte de seu tempo em diversos grupos. Entretanto, quando várias pessoas se encontram num mesmo espaço, é designado um agrupamento. Assim, para que se constitua um grupo, é preciso que as pessoas tenham interesses em comum, isto é, devem se unir em volta de um propósito comum.

No contexto do CAPS I de Lauro Müller, os encontros do grupo de família ocorrem mensalmente, sempre na última quarta-feira a partir das

19:00 horas. Os familiares possuem um cronograma anual dos encontros, e caso haja algum imprevisto, as famílias são avisadas previamente. Ademais, o grupo acontece à noite por conta de que a maioria das famílias trabalha facilitando o acesso, e disponibiliza o transporte para os que não têm condições de vir.

Ao investigar as principais estratégias de apoio às famílias de usuários do CAPS I de Lauro Müller, os familiares apontaram o grupo de família como a principal estratégia direcionada exclusivamente a eles ofertada pelo serviço. Isso é exposto nas seguintes falas:

Ela (usuária) vem todos os dias, ela só folga na quinta-feira, então assim, tem várias atividades e daí não sei te dizer. E pra gente no momento não, a gente vem uma vez no mês na reunião do grupo [...]. O que eu participo, assim, é da reunião, de vez em quando eu venho aqui buscar algum papel, e na minha opinião tá bom, pra mim não tenho nem o que reclamar (EF1).

Participam de cada encontro uma média 25 a 30 familiares e o transporte destes é ofertado pelo CAPS, pois esta é a única forma de acesso ao serviço aos que não possuem transporte próprio, uma vez que não há transporte coletivo na localidade. No dia da observação estavam presentes 10 familiares, que não dependiam do transporte do serviço, pois o carro do CAPS estava quebrado desde novembro de 2017. Nesse sentido, verificou-se que a questão do transporte aparece como um desafio para o serviço, uma vez que afeta diretamente a participação de muitos familiares nos encontros do grupo.

A participação no encontro possibilitou identificar que o grupo é organizado por profissionais (coordenadora/assistente social, psicóloga e enfermeira), onde inicialmente ocorre a acolhida aos participantes. Na sequência, há a leitura da pauta da noite que em geral aborda o reordenamento da proposta terapêutica dos pacientes, ou seja, o que o serviço está trabalhando com o paciente no CAPS e o que os familiares podem fazer como extensão

em suas casas, e outros assuntos, de acordo com as necessidades da equipe e do grupo.

Dessa forma, chama a atenção a pauta “projeto terapêutico”, por meio de conhecer a família, conhecer a casa, como o paciente vive; pois, nem sempre o que é trazido pela família é a realidade que se apresenta. O que pode ser também observado na narrativa do familiar:

Assim, antes ela vinha três dias na semana, depois foi aumentado pra quatro, e nós participamos da decisão de ela vir mais. A (profissional) falou na reunião, até, assim, pra nós foi [...] bom, pois como ela gosta de vim aí é um desenvolvimento pra ela, porque se ela tá em casa aí ela fuma muito (EF1).

Nessa lógica, a discussão do projeto terapêutico junto aos familiares surge como um diferencial nessa experiência de grupo. Segundo Boccardo *et al.* (2011), o projeto terapêutico é entendido como “uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar” (p. 87), sendo estabelecida com base na particularidade do indivíduo, tendo em vista suas necessidades e o contexto social o qual está inserido. Os referidos autores enfatizam que o propósito último das ações de cuidado é o resgate da cidadania, sendo que este resgate somente pode ser atingido através da singularização do projeto terapêutico.

Identificou-se que o grupo tem como um dos objetivos, ser espaço de comunicação entre equipe e familiares, onde se esclarecem procedimentos e mudanças na rotina do serviço. De acordo com o registro do diário de campo:

Assim, a coordenadora explicou aos familiares que a visita domiciliar é um instrumento que a equipe do CAPS utiliza para conhecer a realidade do paciente, bem como não tem o intuito de cobrar ou fiscalizar, mas é uma forma de entender o que está acontecendo e trabalhar junto da família determinadas atividades para potencializar a

autonomia de cada usuário, ou seja, melhorar o ambiente em que o paciente está inserido (DIÁRIO DE CAMPO DE OBSERVAÇÃO, LAURO MÜLLER, 2018).

Por esse ângulo, a equipe demonstrou aos familiares que por meio das Atividades de Vida Domiciliar (AVD), é possível desenvolver práticas não apenas no serviço, mas que é importante se estender até o domicílio, fortificando, assim, o papel das visitas domiciliares.

Verificou-se que os profissionais fazem uma sensibilização com os familiares sobre a reconstrução da autonomia dos pacientes, uma vez que ressaltam que os mesmos não são incapazes, mas que precisam de estímulo para a realização das atividades, porque também, muitas vezes, a família faz por ele. Sendo assim, ficou evidente que, nas atividades de grupo, um dos propósitos é promover a autonomia, mesmo nas atividades mais simples, partindo do ponto de que cada um irá fazer dentro de sua limitação, porque os usuários têm condições e são capazes. Visto também que muitas vezes, pela sua condição, o usuário é incapacitado e seu transtorno potencializado.

O atendimento no CAPS possui, entre outras, a finalidade de minimizar as dificuldades no convívio social e a de ampliar as possibilidades do usuário em conduzir sua própria vida, tendo por horizonte a inserção social e a promoção de autonomia do usuário (CAMATTA *et al.*, 2011, p. 4410).

A promoção da autonomia dos usuários como foco das ações do CAPS aparece como uma demanda da equipe, solicitando o apoio dos familiares. O foco das ações nesse contexto é de potencializar a reabilitação psicossocial dos usuários do serviço, que se refere a “um processo de reconstrução, em exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 2016, p. 22). O mesmo autor ainda diz que a reabilitação psi-

cossocial é apontada como uma indispensabilidade e obrigação ética e deve incumbir aos profissionais que dispõem de uma abordagem ética no campo da saúde mental. Pitta (2016) reforça que a reabilitação psicossocial é um meio de possibilitar ao usuário recuperar um nível maior de autonomia no desempenho de suas funções na comunidade.

Verificou-se que a questão da medicação também é contemplada no grupo de família, onde se orienta sobre os remédios dos pacientes, assim como os informa sobre algumas mudanças na sua prescrição. Além disso, é destacada a importância que a família tem no tratamento de cada paciente, que precisa ouvir, observar, perceber aquilo que está fora do “normal”, podendo trazer para a equipe.

De acordo com Pontes (2009 *apud* SANTIN; KLAFKE, 2011):

[...] nos grupos de familiares ou nos atendimentos de família, é comum que as discussões girem em torno dos sintomas, e é importante que o profissional que coordena o grupo fique atento às possibilidades e ao conjunto de recursos que a família apresenta e como cada um se apropria deles ou como fica paralisado diante do momento vivido. (p. 151)

Além disso, os profissionais percebem que muitas vezes o usuário não consegue ler o nome no rótulo, mas que podem alcançar “o comprimido em cima da mesa, o copo de água e engolir”. Desta maneira a equipe coloca os familiares a pensarem sobre a potencialização da autonomia em relação à administração da medicação. No entanto percebeu-se, uma certa cobrança para a autonomia.

É no grupo de família que profissionais dividem com as famílias sobre o desenvolvimento da autonomia do usuário, e citam nesse dia, por exemplo, como os pacientes gostam das oficinas de artesanato e culinária e que é justamente através dessas oficinas que trabalham o resgate de algumas tarefas básicas na cozinha, como: bater um bolo, lavar a louça, secar a louça ou

guardar, organizar, etc. Assim, são nesses grupos que trabalham com algumas técnicas como as noções de higiene, de manipulação dos alimentos, as questões do lixo, mas sempre dentro da capacidade de cada um dos pacientes, sendo eles supervisionados e orientados pelos técnicos.

O relato acima mostra como é forte nas reuniões a questão da relação família-serviço no que diz respeito à construção da autonomia do usuário. É essa proposta de autonomia na perspectiva da desinstitucionalização, entendendo que o sujeito pode voltar para uma vida em sociedade. Assim, cabe aqui ilustrar com a fábula citada por Paulo Amarante na sua obra *O homem e a serpente*:

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ela dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: 'No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente.' 'Em vez de liberdade ele encontrara o vazio', porque 'junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro', e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida (BASAGLIA, 1981 *apud* AMARANTE, 2003, p. 66).

Nessa lógica, a autonomia é vista como o oposto da institucionalização e que os usuários precisam da reabilitação psicossocial como estratégia de desinstitucionalização. Sendo que "o processo de desinstitucionalização demonstra tornar-se possível construir e inventar novas perspectivas de vida e

subjetividade para aqueles mesmos sujeitos, e não apenas ‘evoluções’ e ‘prognósticos’ da doença mental” (AMARANTE, 2003, p. 31).

Assim sendo, verificou-se que a equipe está redirecionando o trabalho no âmbito da família, visto que é nesse contexto que, por exemplo, o usuário é visto como alguém que pode, entre outras coisas, organizar o seu quarto, a sua medicação, a sua roupa. Então a família precisa compreender esse processo para ajudar os usuários no desenvolvimento de suas habilidades, que vai na contramão da tutela que antes era lhes ensinada. Pontuou-se que os usuários, muitas vezes, ao fazer uma atividade fora do espaço do CAPS, mesmo sendo proposta pela equipe, não conseguem. Portanto, o trabalho no domicílio vem de encontro com isso, ajudando a potencializar e identificar o que está levando ele a não conseguir fazer tais atividades por exemplo. Nesse sentido, essas ações refletem o foco na reabilitação para as atividades cotidianas.

Identificou-se que existem muitas famílias em situações de vulnerabilidade socioeconômica. A equipe esclarece que para dar suporte a estas famílias existe uma rede de serviço de assistência que se pode estar articulando. Pois, por exemplo, como é possível trabalhar a questão do banho se na casa o esgoto está a céu aberto? Assim, durante uma visita é importante ver o contexto e a pessoa no seu integral.

Também é no contexto do grupo que a equipe aborda sobre a questão da sobrecarga, e destacam que:

Constantemente, a família se mostra cansada, mas que conseguem compreender isso, não significando que a família está negligenciando ou não quer cuidar, mas que isso poderá aparecer, uma vez que até para uma equipe capacitada torna-se exaustivo. Nesse sentido, conseguem observar através das visitas que a família está mais doente que o paciente, que a família está fragilizada tanto quanto ou até mais que o a paciente. Mas que o paciente está medicado, é atendido no CAPS, recebe cuidados no serviço e em casa, e questionou-se “mas quem cuida dessa família?” Os profissionais percebem na fala dos cuidadores um “pedido de socorro”, no sentido de “olha pra mim que eu também estou

*precisando de ajuda, me cuida!” (DIÁRIO DE CAMPO DE
OBSERVAÇÃO, LAURO MÜLLER, 2018).*

Assim, a sobrecarga familiar é compreendida por (MELMAN, 2001 *apud* SCHRANK, 2006, p. 44) como forma de “definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa um peso material, subjetivo, organizativo e social”.

Essa sobrecarga é manifestada por um familiar no momento em que os profissionais a questionam sobre a possibilidade do usuário (seu familiar) vir mais um dia no CAPS:

Se tu colocares pra mim eu dou graças a Deus! Porque é cansativo, porque eu fico com ele sozinha o dia todo e tem horas que dá vontade de sair correndo, e eu não tenho final de semana e faz 5 anos que eu cuido dele [...] (FAMILIAR DO GRUPO – DIÁRIO DE CAMPO DE OBSERVAÇÃO, LAURO MÜLLER, 2018).

Nesse sentido, o grupo tem por objetivo conceder apoio aos familiares, “tanto no sentido de ser um espaço para tirar dúvidas sobre o tratamento e o manejo com o usuário, como um espaço para que o familiar cuidador possa desabafar, falar das suas angústias e do seu cansaço” (TELES; BOMFIM; QUEIROZ, 2016, p. 3).

Pôde-se perceber que, por meio do acolhimento no grupo, foi possível gerar um ambiente de confiança que oportunizasse aos familiares falar, conversar, exteriorizar seus sentimentos e dúvidas referentes ao sofrimento psíquico do seu familiar usuário. A equipe trabalhou com a família de forma divertida e com muito respeito, deixando os familiares bem à vontade e trouxe a eles informações pertinentes sobre seu familiar. Nessa ótica, mediante a confiança:

O integrante compartilha suas vivências no grupo e o coordenador ao exercer a escuta, fornece as orientações voltadas aos sentimentos e inquietações dos familiares, frente às dificuldades que se apresentam. Há o desencadeamento de um processo sucessivo de revelações quanto às potencialidades, como também, os limites do grupo, refletindo na satisfação do familiar com a prática assistencial (RIBEIRO; COIMBRA; BORGES, 2012, p. 378).

No decorrer do grupo foram tratados diferentes assuntos, esclarecimentos e escutas dos familiares. Verificou-se que o encontro foi um momento de cuidado para estas famílias que também têm a necessidade de serem ouvidas e cuidadas, pois são elas que convivem com as pessoas que tem transtorno mental, fazendo com que elas também sofram com a situação do seu familiar.

O grupo coloca-se na qualidade de continente à medida que as angústias dos integrantes são identificadas e trabalhadas, e não apenas escutadas. Dessa forma, os participantes sentem que possuem um ponto de apoio, ao qual eles recorrem sempre que necessário (RIBEIRO; COIMBRA; BORGES, 2012, p. 381).

Ao longo do grupo também foi possível sentir os familiares mais atuantes, partilhando suas experiências aos demais do grupo. Portanto, ficou evidente que aquele momento tinha sido um momento além da troca de informações, no qual os familiares puderam se sentir à vontade para perguntar ou compartilhar algo e que também puderam aprender mais sobre o sofrimento psíquico do seu familiar usuário, tendo assim o grupo como um apoio familiar.

Finalmente, compreendeu-se que o grupo de família vai além da troca de experiências, uma vez que viabiliza que os familiares se sintam suavizados ao perceberem que seu problema também é enfrentado por outros familiares. Para Melman (2006 *apud* RIBEIRO; COIMBRA; BORGES, 2012),

“o processo de identificação facilita aos participantes ver no outro o reflexo de sua própria realidade, aliviando a sensação de isolamento e solidão”. (p. 380)

Assim, com base na observação e nas entrevistas em confronto com a literatura, percebeu-se que o grupo é o espaço dinamizador de todas as ações de cuidado na interlocução entre familiares e profissionais. Para tanto, o CAPS apresenta algumas formas para expressar os modos de apoio às famílias dos usuários do CAPS I de Lauro Müller, sendo elas apresentadas no eixo a seguir.

ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE APOIO DO CAPS I MICRORREGIONAL DE LAURO MÜLLER, NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Reforma Psiquiátrica tem vivido um enorme desafio enquanto proposta de reorientar a assistência em saúde mental no Brasil, consolidando-se com inúmeros embates e obstáculos. Porém, com a efetivação das redes de atenção em saúde mental, onde os CAPS são dispositivos centrais nessas redes, tem-se revelado que esta é uma via possível quando articulada por meio de diferentes práticas sociais, nas quais integram equipe, usuário, família e sociedade (SCHRANK, 2006).

Nesse sentido, as políticas de saúde mental vigentes vêm desde a década de 1990 estimulando a constituição de uma rede de saúde mental nos estados e municípios com a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Ou seja, estimulando o atendimento das pessoas em sofrimento psíquico o mais próximo da sua residência, em serviços funcionando em regime de “portas abertas” na comunidade, conduzindo suas ações terapêuticas para a promoção da reabilitação psicossocial dessas pessoas, sem romper os laços sociais entre elas e suas famílias e a comunidade (TELES; BOMFIM; QUEIROZ, 2016, p. 8).

Nessa ótica, a família torna-se personagem essencial nos processos de reabilitação dos usuários, envolvendo-se nos cuidados de seus familiares. Por outro lado, a prática profissional em assistência em saúde deve-se pautar na observação das dificuldades e cuidados de maneira integral.

Considerando o valor da implicação da família no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e da necessidade de apoio das equipes para os familiares dessas pessoas, mostra-se importante analisar os modos de apoio aos familiares identificados no CAPS, relacionando-os à Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para tanto, se faz importante compreender que a política de saúde mental com base na Reforma Psiquiátrica brasileira se dá com o objetivo de ofertar cuidados na lógica da desinstitucionalização. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) afirmam que:

[...] a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. [...] A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (p. 29-30).

O CAPS I de Lauro Müller mostra-se potente nas ações de desinstitucionalização ao contemplar as seguintes questões: abertura às famílias; redução das internações; apoio do desenvolvimento da autonomia para a reinserção social (cidadania); integração do serviço, família e comunidade; e grupo de família.

Sendo assim, no que se refere às ações de desinstitucionalização, a primeira estratégia apontada trata da abertura ou fomento a participação das famílias no serviço. Essa questão surge no depoimento que se segue:

Então trazer a família mais presente, disponibilizar os nossos telefones né, e a vinda dessa família quando ela sente alguma dificuldade acho que é umas das coisas que tem aproximado bastante a família e serviço (EP1).

Diante do exposto, pode-se entender que, por meio dessa abertura, o CAPS busca cumprir seu papel ao tentar tornar possível a criação de vínculo entre familiares e profissionais. Sabe-se que estas relações dependem de diversos fatores, mas que de forma geral, são potencializadas quando se busca ser mais próximo e promovendo a confiança dos familiares para com o serviço, propiciando assim, a inserção das famílias nas práticas de cuidados do CAPS.

Mediante a confiança, o vínculo constitui-se, estabelecendo-se como um recurso terapêutico, uma vez que, aproxima a família, o usuário e a equipe, favorecendo a comunicação e a troca de subsídios inerentes ao viver e conviver com uma pessoa em sofrimento mental (RIBEIRO; COIMBRA; BORGES, 2012, p. 378).

Sendo que a lógica da Reforma Psiquiátrica é de promover o cuidar em liberdade antes de qualquer coisa, o CAPS é um meio de oferecer subsídios para esse cuidar. Essa referência de atenção propõe a redução de internações em leitos psiquiátricos tradicionais a partir da geração de um olhar e práticas verdadeiramente substitutivas ao modelo manicomial na atenção à saúde mental (COSTA *et al.*, 2014). Neste sentido, o familiar reflete no seu depoimento o papel do CAPS na redução das internações do usuário:

[...] Até mesmo os medicamentos foi mudado e ele gosta de vim, então isso já é um ponto bom. [...] Mas o CAPS tá aju-

dando bastante, porque assim ó, [...] se eu não procurasse o CAPS pra me ajudar, tinha que internar ele, porque pela agressividade dele eu não ia conseguir. Porque eu também já fui depressiva, então ia se complicando né. Mas hoje graças a Deus a gente tá dando uma animada boa mesmo com isso né, porque na verdade o CAPS ajuda e ajuda bastante, porque a gente precisa (EF2).

Um dos profissionais corrobora com essa questão ressaltando:

Porque antes a forma de tratamento estava vinculada: o paciente toma medicação, paciente fica internado, paciente fica isolado da sociedade, a institucionalização e o CAPS vem num movimento totalmente contrário, de que embora eu tenha um transtorno, mas que eu faço parte de um meio social, eu posso participar, estar em todos os equipamentos sociais da rede de serviço [...] então eles têm um apoio bem maior e também porque, assim, quem tá no CAPS interna menos né, então a necessidade de internação reduziu bastante. Então o CAPS oferece um serviço bem completo assim. Então as famílias, elas falam isso pra gente, é um feedback que a gente tem deles (EP2).

Nessa perspectiva, o propósito dos serviços substitutivos é de transformar a internação hospitalar como a última medida a ser adotada ao trabalhar com foco na promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental. Identificou-se que o CAPS I de Lauro Müller tem buscado prestar apoio às famílias das pessoas com sofrimento psíquico, com a finalidade de ampará-la no enfrentamento das necessidades diárias, reduzindo as internações psiquiátricas.

O exposto vai ao encontro do expresso pela literatura examinada, a qual discorre que a inserção e a expansão dos serviços de saúde de base comunitária permitem a ruptura com o ciclo das internações, uma vez que nesses dispositivos são integradas ações que contribuem para que o sujei-

to desenvolva autonomia, assim como sua capacidade de contratualidade (BORBA *et al.*, 2011).

Compreendendo a autonomia como “capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta” (PITTA, 2016), foram evidenciadas também ações de promoção do desenvolvimento da autonomia e reinserção social configurando-se como atividades de atenção não apenas para o usuário, mas à sua família. Isso se mostra presente na narrativa subsequente:

Então a reinserção social, que é um dos serviços que a gente efetiva dentro do CAPS, ela se dá através da família, porque se eu tenho uma família que ela opta em colocar esse paciente, em deixar esse paciente escondido, que ele não pode sair de casa, de que ele não pode ter contato com a sociedade, participar dos serviços, ter uma vida social e comunitária e até familiar, participar, por exemplo, de festas, datas pontuais comemorativas, então ‘ah, ele não tem que tá nesse meio’ [...]. Então justamente nosso papel com a família é da gente trabalhar. Um outro ponto importante é a gente trabalhar o empoderamento e a autonomia do paciente, porque por mais que ele tenha um transtorno, eu tenho que desenvolver algumas potencialidades e habilidades desse paciente, pra ele conseguir ter uma autonomia, então, por exemplo, existem pacientes que conseguem administrar sua medicação tranquilamente, existem pacientes que não. Um caso, o paciente tem uma dificuldade de se vestir, a família vai lá e veste, então a gente sempre trabalha com a família esse sentido de que eu preciso emancipar essa autonomia e ver o potencial, aí eu vou auxiliar naquilo que ele apresenta uma certa dificuldade, e não fazer por ele né. Porque quando eu faço por ele, eu incapacito, e o objetivo do nosso serviço é mostrar que ele não é um paciente incapacitado (EP1).

Assim, os resultados encontrados vão ao encontro dos achados por Schrank (2006, p. 90), os quais identificaram que:

Convocar a família para assumir a responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com a equipe, exige mais do que um redirecionamento das práticas, exige comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo desses atores em promover e manter a autonomia do usuário, reconquistar sua cidadania e seu espaço na sociedade, construindo uma responsabilização e um cuidado coletivo.

No que diz respeito a reinserção social de forma mais específica, outro aspecto relevante, é que no CAPS em estudo algumas iniciativas são tomadas para aproximar a família do serviço e para inserir os usuários em seu meio social. Destacando-se, assim, a participação em alguns eventos dentro e fora do serviço, o que é explicitado nos relatos:

[...] eu participei foi dia das Mães esse ano, assim ela botou DVD pra gente ver [...] eles participava junto com a gente também, foi uma coisa muito maravilhosa, foi um encontro de família e a gente participou com eles todos juntos [usuários] e daí foi um encontro que a gente, por exemplo, a gente vem reunião só nossa, os familiares, e então assim, o convívio de conhecer todos eles juntos, assim, vem gente de Treviso, foi um convívio que a gente conheceu, ali a gente viu e conheceu pessoas que ela [usuária] falava e a gente não conhecia. Então foi bem importante. [...] uma coisa bem boa que ela fez, que uniu a família tudo junto, bem maravilhoso (EF1).

O objetivo do CAPS não é encapsular, a gente ensina todo o trabalho com a rede, o trabalho social, e a gente trabalha muito o empoderamento, a interação social, a gente otimiza muito os movimentos de participação na comunidade, por exemplo, no desfile cívico, a gente vai trabalhar uma temática de mostrar que eles estão tão bem de participar de uma atividade comunitária como qualquer outro cidadão, então a gente trabalha esse empoderamento e traz também a família [...] (EP1).

As atividades comemorativas como Dia das Mães, desfile cívico, festa junina são eventos de suporte afetivo do CAPS em estudo, que contribuem para a integração família, usuário, equipe e comunidade, assim como são considerados instrumentos facilitadores para um trabalho conjunto da família.

Conforme os familiares, um aspecto notável desta equipe, refere-se ao modelo de relação que esses profissionais priorizam nos encontros com os usuários e familiares. Essas relações dispõem de características como respeito, escuta e engajamento, manifestando a importância na qualidade dos encontros e das interações entre os sujeitos sociais. Nesse sentido, “as relações que se estabelecem dentro do CAPS, tanto entre usuários como entre os familiares, representam uma grande possibilidade de suporte afetivo para todas as pessoas envolvidas” (SANTIN; KLAFFKE, 2011, p. 156).

Assim, a prática dos profissionais do serviço também é vista pelos familiares como um “dom”, ou seja, que perpassa a relação de trabalho, compreendendo que a relação de cuidado e de entrega vão para além da técnica. Estas questões são observadas nas narrativas que seguem:

Com nós também é maravilha, não tem nem o que comentar, eles são maravilhosos, todas elas assim, tanto motorista, todos bem atenciosos [...] pra conviver com eles, participar, tem que ter um amor muito grande, porque assim, o domínio [...], como diz, tem que ter fé no serviço que vai frequentar né, porque o dia a dia é uma experiência, o convívio com eles, porque assim, cada dia é uma busca nova né, e é gratificante eles chega assim com coisas nova. Ela (familiar) mesma, meu Deus, ela fica feliz, se entra outros novos assim, ela fica bem contente. Então é assim, ela tem um amor em todos eles né, em todos (EF1).

Eu gosto da maneira que elas (profissionais) são, assim, acolhedoras sabe, algo gostoso. Acho que não precisa me-lhorar, porque o que elas mostram é amor, é carinho pelos pacientes, pela família né (EF2).

Nessa ótica, as características da equipe são percebidas pelos familiares de forma que estes reconhecem que o envolvimento perpassa uma dimensão relacional. Os sujeitos sociais estão implicados numa relação mais próxima, onde há escuta, compromisso e respeito. E na visão dos autores “essas características remetem ao entendimento de que as interações humanas se constituem como uma importante estratégia que deve ser explorada no espaço de implementação de cuidado no âmbito da saúde mental” (CAMATTA *et al.*, 2011, p. 4408).

Algumas declarações também demonstram que é no espaço do grupo com os familiares, que se possibilita a “troca” de informações, propiciando uma relação mútua, baseada no diálogo e no partilhar de experiências. Neste sentido, os familiares destacam:

No grupo mensal a gente fica sabendo de tudo, [...] é bastante informado, porque cada dia é uma coisa diferente, porque tem bastante atividade e às vezes tem até coisas novas que a gente não sabe. [...] A gente vem a reunião e a psicóloga sempre explica pra dar o remédio na hora certa, ela explica bem certinho como fazer [...] assim ó, a gente às vezes até fica com dúvidas e elas vão e esclarece como é. Então a gente sai assim, como saber lidar com eles (EF1).

Na verdade, elas passam o que pra gente? Conhecimento sabe, da doença né, do processo que nós estamos lidando [...] como eu devo praticar, com é que eu vou agir sabe, porque assim ó, a maneira que eu tenho aprendido nessas reuniões que eu tenho vindo, o que que acontece [...] tu começa refletir tudo. E quando ela explica, tu te leva no meio de todos, então de cada um tu vai pegando um pouquinho pra melhorar, pra uma mudança em casa e é bom porque tu aprende, tu vai aprendendo, é uma troca de experiência, e isso elas têm bastante, essa experiência pra passar. Que nem eu digo, eu tenho 40 anos, mas na doença do (familiar) eu sou uma criança, não sei quase nada, sei o que ele fazia do passado né, daqui pra frente já é outra coisa. Hoje eu já sei como me relacionar melhor com ele, por mais que

ele te bota um empecilho e tu não consegue, mas daí tu sabe também que é da doença, que não é fácil (EF2).

Em vista disso, percebe-se que o grupo de família é considerado uma maneira influente de inclusão da família no serviço. Mais do que uma referência positiva, o grupo é visto pelos familiares como uma forma e promover a corresponsabilidade do cuidado. Neste contexto, a palavra “troca” traz uma dimensão de que a pessoa não está lá apenas para receber, mas ela também oferece algo, ou seja, a pessoa sente-se parte daquele processo no qual “eu dou e eu recebo”. Assim, exprimindo que a mesma pessoa não vai ao grupo apenas para aprender, ela também pode ensinar, porque tem conhecimento a partir da vivência empírica.

Dessa forma, um grupo de familiares pode funcionar como um espaço de acolhimento das experiências de vida dos seus participantes. O estímulo às trocas de experiências tem se revelado uma importante ferramenta para ampliar a capacidade de lidar com os problemas, assim como tem permitido que um familiar possa se abrir para o discurso do seu companheiro (MELMAN, 2008 *apud* TELES; BOMFIM; QUEIROZ, 2016, p. 4).

É possível perceber que o grupo de familiares é visto pelos sujeitos do estudo como uma estratégia de inserção da família no desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Neste sentido, é no grupo que o familiar acompanha o andamento do tratamento do usuário, avaliando seu progresso e participando do processo terapêutico. Assim sendo, pode-se dizer que o grupo então informa, esclarece, mas, além disso, é um espaço de troca, de significados para as experiências e, inclusive, de organização do projeto terapêutico.

A construção de um projeto terapêutico singular deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e

desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social (BOCCARDO *et al.*, 2011, p. 87).

Pode-se deduzir que o grupo de família é o local do qual se centraliza todas as outras estratégias, incluindo o PTS. Neste sentido, verifica-se que há conversas com as famílias sobre a possibilidade de o usuário vir mais vezes por semana, por exemplo, entre outros assuntos que envolvem a reabilitação psicossocial dos usuários.

O grupo de família é fundamental, de forma que os profissionais possam entender a dinâmica familiar e apontar possibilidades de intervenções no contexto da família, salientando a necessidade de integração usuário, família e serviço. Por longos anos, o indivíduo com transtorno mental foi separado do convívio com a família e a sociedade, porém o modo de reabilitação psicossocial reintegra o sujeito com sofrimento psíquico em seu contexto familiar e social (FACURY, 2010).

Sendo assim, considera-se o grupo de família uma estratégia terapêutica indispensável para as ações de desinstitucionalização no CAPS I de Lauro Müller, promovendo a preparação dos familiares para lidar com o contexto vivenciado por estes, bem como proporcionando um alicerce seguro para o usuário ao longo do seu tratamento.

Nesse sentido, para Saraceno (2016), a reabilitação psicossocial é apontada como uma indispensabilidade e obrigação ética e deve incumbir aos profissionais que dispõem de uma abordagem ética no campo da saúde mental.

É importante destacar que os familiares referenciam o serviço do CAPS de maneira bastante positiva, mostrando a relevância do CAPS para os usuários e suas famílias. Algumas falas ilustram essa afirmação:

[...] sinto bem acolhida, é muito bom, é bem gratificante, coisa boa foi vim o CAPS para Lauro Müller, nossa... Num

momento assim, todo mundo dizia ‘nossa quem vai no CAPS é louco’, mas só quem diz não sabe o trabalho que é aqui, só participando pra gente ver como é né (EF1).

[...] eu acho bem bom o que elas estão fazendo tá, muito bom mesmo, um trabalho incrível, porque quando elas falaram assim [...] 60 pessoas sabe, 60 pessoas com saúde já te dão trabalho, agora tu imagina com problemas mentais, é uma responsabilidade muito grande [...] (EF2).

Nas falas dos familiares é possível identificar a satisfação de ambos com a existência dos serviços substitutivos do tipo CAPS. Para Ribeiro, Coimbra e Borges (2012), o sentimento dos familiares no que se refere à satisfação perante o suporte obtido dos profissionais de saúde, possibilita “a esperança de uma vida mais dirigida às reais necessidades do familiar em sofrimento mental. Assim, quanto mais conectados estiverem os profissionais e a família deste, mais próximos todos estarão de um convívio saudável” (p. 383).

Por conseguinte, é importante destacar que a equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, conforme a portaria n. 336/02, deve ser composta por 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior, podendo ser: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002). No entanto, a equipe multiprofissional do CAPS I de Lauro Müller é composta atualmente por 1 psiquiatra, 1 enfermeira, 1 assistente social e 2 psicólogos. Sendo que médico não consegue participar das reuniões ou grupo. A equipe tem realizado as atividades em condição de precarização do trabalho, com falta de profissionais que componham a equipe mínima para CAPS do tipo I. Além disso, verificou-se a falta de recursos básicos para seu funcionamento como estrutura física e transporte. Na fala de um dos profissionais verificam-se estas questões:

Uma coisa bem importante que a gente observa aqui é que se nós deixarmos eles querem vir todos os dias, aí é uma coisa que às vezes nos limita, porque a gente tem a questão de espaço físico, a questão de transporte e a questão de capacidade técnica mesmo né, que é uma coisa bem importante que a gente tem observado (EP1).

Nesse sentido, observou-se que a equipe oferece uma diversidade de ações quanto ao apoio às famílias e atendimento aos usuários. Contudo, as dificuldades percebidas estão no sucateamento do serviço, na falta de investimentos na área da atenção em saúde mental, na insuficiência de equipe e nas dificuldades que os familiares enfrentam para acessar o CAPS.

No que diz respeito aos principais aspectos de mudaram no atendimento no CAPS, os profissionais apontam principalmente para a desmistificação da “loucura”, elucidado na seguinte fala:

Eu acredito que o CAPS contribuiu muito para a desmistificação da “doença” mental né, ele diminuiu bastante o preconceito, hoje nós temos aqui pessoas de diversas classes sociais, pessoas assim que não se esperava, a sociedade não esperava que frequentassem o CAPS né, mas frequentam, então acho que o CAPS foi um grande avanço nesse ponto (EP2).

O trabalho do CAPS buscando a inserção da família é essencial e indispensável, uma vez que nessa parceria a família torna-se protagonista, bem como ela precisa de melhores cuidados.

Face ao exposto, pode-se entender que os CAPS são lugares de desenvolvimento de ações em saúde mental e que estes devem possibilitar esta prática. Consequentemente, compreender essas práticas mostra-se fundamental para a concretização e seguimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

CONCLUSÃO

Com os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, muitas transformações vêm acontecendo no âmbito da saúde mental, sendo a maior conquista o processo de desinstitucionalização da pessoa com sofrimento psíquico, bem como a implementação de serviços substitutivos, como o CAPS (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Dessa forma, a família assume um importante papel no que se refere à reabilitação psicossocial do seu familiar, sendo, assim, corresponsável pelos cuidados a ele. Nesse sentido, é imprescindível que o CAPS esteja preparado para acolher as demandas que surgem do meio familiar, o qual é visto como peça fundamental no cuidado em saúde mental.

Por meio desta investigação foi possível responder à questão central deste estudo a respeito de como são acompanhadas as famílias de pessoas com sofrimento psíquico que frequentam o CAPS I de Lauro Müller, à luz da proposta da Reforma Psiquiátrica.

Dentre as estratégias identificadas, podem ser citadas: a existência do CAPS, o atendimento individual, o acolhimento, a visita domiciliar, a busca ativa e o grupo de família. Entretanto, o grupo de família foi considerado o principal apoio no que se compete às ações de cuidado direcionadas para os familiares.

A experiência do grupo de família se dá em um contexto em que, para os participantes da pesquisa, representa uma valiosa ferramenta capaz de potencializar o cuidado aos familiares, fomentando a troca de saberes e experiências entre familiares e profissionais, bem como auxilia em seus anseios e os prepara para a convivência com o sujeito em sofrimento psíquico.

As famílias de usuários do CAPS I de Lauro Müller são acompanhadas de forma que sejam reconhecidas como colaboradoras nos cuidados da pessoa com sofrimento psíquico, potencializando a reabilitação psicossocial. E, numa análise no âmbito da política de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, que propõe que o CAPS seja um apoiador às famílias, o mesmo tem a intenção de colaborar com esse apoio; porém, demonstra algumas limitações, dentre as

quais se pode destacar a falta de profissionais para compor a equipe mínima e o sucateamento do serviço (falta de materiais e transporte). Diante disso, vale salientar que é de extrema importância o interesse da gestão no que diz respeito às políticas de saúde mental.

Ressalta-se, contudo, que acompanhar e oferecer suporte apropriado às famílias mostra-se imprescindível para a efetivação e perpetuidade dos princípios da Reforma Psiquiátrica, sobretudo, no que diz respeito ao resgate da cidadania do sujeito com sofrimento psíquico.

Portanto, apesar dos esforços para o cuidado com a família, se percebe a importância de se estruturar melhor o CAPS com uma equipe completa, transporte apropriado ao serviço, para que esse dispositivo possa assumir de maneira mais qualificada o seu papel de apoio às famílias, e não de um serviço que espere o apoio das famílias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcelo Machado de. Cuidadores de pacientes com esquizofrenia: a sobrecarga e a atenção em saúde. 2009. 54 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz do Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2009.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 132 p.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 142 p.

BOCCARDO, Andreia Cristina S. *et al.* O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev Ter Ocup.** Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr., 2011.

BORBA, Leticia de Oliveira *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

_____. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev Esc Enferm.** USP, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1.406-1.414, 2012.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Brasília, 2001.

_____. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, Brasília, 2002.

CAMATTA, Marcio Wagner *et al.* Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciência e saúde coletiva**, Porto Alegre, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

COSTA, Giliana Martins da *et al.* A importância da família nas práticas de cuidado no campo da saúde mental. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 8, n. 1, p. 41-57, 2014.

FACURY, Ana Paula Maia. A saúde mental na estratégia de saúde da família Dr. Roberto Andrés – entre Rios de Minas. 2010. 47f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 67-80.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lauro-muller/panoramaem>>. Acesso em: 7 abr. 2018.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. Estudos e pesquisas em psicologia, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015. 284 p.

MIELKE, Fernanda Barreto *et al.* **A inclusão da família na atenção psicossocial**: uma reflexão. Revista eletrônica de enfermagem. v. 12, n. 4, p. 761-5, out./dez. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 27-36.

RIBEIRO, Juliane P.; COIMBRA, Valéria Cristina; BORGES, Anelise M. Grupo de familiares de um centro de atenção psicossocial: experiências de seus usuários. **Rev de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria-RS, v. 2, n. 2, p. 375-385, 2012.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Otade; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: _____. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental**. [S.l.], Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jan./jul., 2011.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 19-26.

SCHRANK, Guisela. O centro de atenção psicossocial e a inserção da família. 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de enfermagem, Porto Alegre, 2006.

TELES, Mayara Soares Brito; BOMFIM, Jamile Melo; QUEIROZ, Ana Helena Araújo Bomfim. O trabalho com grupos de família no CAPS: reflexões a partir da experiência de estágio. **Cadernos de Graduação**, Sobral-CE, v. 2, n. 4, p. 1-17, 2016.

TOMASI, Neusi Garcia Segura; YAMAMOTO, Rita Miako. **Metodologia da pesquisa em saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba: As autoras, 1999. 98 p.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 244 p.

EVOLUÇÃO NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO POR MEIO DE PECS

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat04>

Andressa Martins da Costa

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
andressamartinscosta@outlook.com

Gabriela Aguiar Giassi

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
gabriela.ag@live.com

Fernanda G. F. Sonego

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
fgfsonego@unesc.net

Renan Antonio Ceretta

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
rce@unesc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

O autismo teve sua descoberta pelo psicólogo americano infantil Leo Kammer em 1943. Seu estudo teve como base a avaliação do comportamento de onze crianças que ele notou serem diferenciadas, principalmente no desenvolvimento social (DIAS, 2015).

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é classificado dentro de uma série de transtornos invasivos ao desenvolvimento, que normalmente está associado à deficiência intelectual (JAGANATHAN, 2014). É considerado um transtorno global do desenvolvimento anormal ou alterado, que normalmente se manifesta antes dos três anos de idade, onde o indivíduo acometido apresenta uma disfunção das interações sociais, habilidades físicas e comunicação bem como comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, é acompanhado de diversos sintomas como fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou até mesmo, em alguns casos mais severos, agressividade ou autoagressividade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Dados de 2012 apontam que uma a cada sessenta e oito crianças nascidas possuem TEA e, dentro desta estatística, destaca-se maior prevalência no sexo masculino, acometendo um a cada quarenta e dois meninos (CHRISTENSEN *et al.*, 2016).

Quanto às alterações faciais e bucais do paciente com TEA, pode-se verificar uma assimetria facial, associada a uma má oclusão, que necessita de tratamento ortodôntico corretivo. Além destas alterações eles possuem o desenvolvimento do sistema psicomotor afetado, o que dificulta a higiene oral, e leva ao acúmulo de tártaro nos dentes e a gengivite. Em um grande número de casos há presença de úlceras traumáticas, por hábitos lesivos (ORIQUEI, 2006).

No atendimento odontológico direcionado a pacientes especiais, o cirurgião-dentista deve redobrar seu cuidado com o paciente e sua família, contando com a ajuda de uma equipe transdisciplinar para a resolução dos problemas (ALVES, 2004). Há casos em que o atendimento odontológico é realizado por meio de anestesia geral e/ou estabilização protetora (ZINK, 2012a).

O Condicionamento Lúdico utiliza o método Son-Rise® e o Sistema de Comunicação por Intercâmbio de Figuras (PECS) na Odontologia. O método consiste em atrair o contato visual das crianças autistas, atuando como um manual para o treinamento das habilidades de comunicação interpessoal. Este sistema funciona por meio de imagens que descrevem o dia a dia e o tratamento dentro do consultório odontológico, proporcionando um tratamento mais humanizado, sem uso de estabilização protetora (ZINK, 2012b).

Essa pesquisa buscou avaliar o condicionamento lúdico no atendimento odontológico de crianças com diferentes graus de TEA, por meio do método Son-Rise® e Sistema de Comunicação por Intercâmbio de Figuras (PECS) adaptada para à Odontologia.

MÉTODOS

Tratou-se de uma série de casos, cuja análise foi descritiva. Foi realizado na Clínica de Odontologia na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), no período de setembro de 2015 a abril de 2017, dividiu-se em duas etapas, onde os procedimentos clínicos durante a primeira etapa do estudo duraram seis meses e na segunda etapa três meses. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do local onde foi realizada a pesquisa sob o parecer n. 1.696.955/2016.

A população deste estudo foi composta de duas crianças portadoras de diferentes graus de TEA, que frequentavam a Associação Amigo dos Autistas – AMA de uma cidade no Sul Catarinense, com idade entre cinco e doze anos, sem vínculo familiar com o pesquisador que realizou o atendimento, e sem que já houvesse participado de um condicionamento lúdico para atendimento odontológico previamente ao estudo. Foi apresentado aos responsáveis o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que seguiu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque e na resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Em um primeiro momento, foi realizada anamnese com os pais e/ou responsáveis, na qual foram obtidas as preferências das crianças, condições de saúde, experiências odontológicas e formas de abordagens para o desenvolvimento das atividades. Na sequência foram confeccionadas dez figuras (modelo PECS) adaptadas à Odontologia, que foram baseadas em um estudo já realizado (ZINK, 2012b).

Foi criada em forma de revista uma adaptação do PECS para um dos participantes, onde as imagens não foram modificadas, apenas sua forma de apresentação, as quais eram as mesmas contidas nas placas individuais da metodologia do estudo que serviu como base para este (ZINK, 2012b).

Cada processo do condicionamento lúdico foi repetido até que o paciente estivesse apto a realizar o novo conhecimento. O ambiente clínico foi isento de ruídos ou de qualquer atividade que propiciasse distração. Reforçadores positivos fizeram parte de todo o atendimento, tendo como objetivo a valorização de cada novo aprendizado. O atendimento odontológico contou com a presença de um auxiliar e um familiar, sendo que os mesmos foram orientados a não interferirem durante as sessões.

À medida que os pacientes foram condicionados, o grau de complexidade dos procedimentos odontológicos foi aumentado na mesma proporção. Caso houvesse a necessidade de algum procedimento mais complexo na primeira etapa do estudo, os pacientes seriam encaminhados à disciplina de Pacientes com Necessidades Especiais da instituição de ensino superior.

Os pacientes que obtiveram resultados positivos ao condicionamento lúdico foram incluídos na segunda etapa, que constituía acompanhamento e atendimento após o período de seis meses do fim da primeira etapa, nas Clínicas Integradas da UNESC, pelas mesmas pesquisadoras para a realização dos tratamentos odontológicos necessários com o uso ou não de anestesia local.

Os procedimentos clínicos realizados durante a primeira e a segunda etapa do estudo incluíram: profilaxia com o uso de ultrassom Gnatus®, Curetas Gracey Quinelato®, pasta profilática Maquira® associada à pedra-pomes, radiografias interproximais e selamento de fossas e fissuras com ionômero de vidro

Ketac Molar Easy Mix da 3M®, sempre acompanhados da técnica do falar-mostrar-fazer. Os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como, touca Fava®, máscara Fava®, óculos de proteção e luva de procedimento Supermax® foram utilizados em todas as sessões de atendimento.

O estudo foi baseado nos métodos e técnicas utilizadas e desenvolvidas em uma pesquisa no estado de São Paulo⁸. Os dados obtidos em cada sessão foram documentados nos prontuários individuais desenvolvidos pelas pesquisadoras para o estudo.

RESULTADOS

Duas crianças com TEA foram selecionadas previamente, uma destas foi excluída, pois já havia sido condicionada anteriormente por outro profissional e o estudo requeria a inclusão apenas de crianças não condicionadas. Desta forma, outro participante foi selecionado.

Um dos participantes era do gênero feminino, 10 anos, com diagnóstico do CID 84.0 (Autismo infantil) que no estudo foi denominado como “F”. Segundo anamnese, “F” apresenta anomalias na família de deficiência mental. Não foram relatadas alterações de saúde no último ano, apenas hospitalizações devido a crises convulsivas. Possui rinite alérgica, aftas e tosse frequentes, dificuldade de cuspir, problemas de visão e o hábito de ranger os dentes. Faz uso de Depakene® 50 mg/ml, que é uma medicação anticonvulsivante. Já realizou visita ao cirurgião-dentista para escovação supervisionada, porém os responsáveis relataram que foi uma experiência desagradável. A higiene bucal é realizada três vezes ao dia, por quem estiver em casa no horário (Tabela1).

A paciente “F” já utilizou o sistema PECS para outros fins na escola regular e na AMA de Criciúma – Santa Catarina (SC). Os itens de que “F” mais gosta, relatados na anamnese, são desenho animado, músicas, massinhas de modelar, balão, touca e bolinhas de sabão. Possui aversão a barulhos excessivos e motos (Tabela 1).

O outro participante era do gênero masculino, 10 anos, portador do CID 10 F79.0 (Retardo mental não especificado), F84.8 (Outros transtornos globais do desenvolvimento) mais G40.2 (Epilepsia e síndromes epiléticas). O TEA foi determinado por meio de diagnóstico clínico médico. No estudo foi denominado de “M”. Segundo anamnese, não apresenta anomalias na família. No último ano teve quadros de gripe e foi hospitalizado devido à apendicite. Possui anemia, suspeita de problemas de visão, dificuldade de cuspir e range os dentes no período diurno (Tabela 1).

Faz uso das seguintes medicações: Neuleptil® 40 mg/ml, que é uma medicação utilizada para a melhora de distúrbios do comportamento e, Carbamazepina® 20mg/ml, usada como medicação anticonvulsivante. Já realizou tratamentos odontológicos anteriores por meio de estabilização protetora e anestesia geral. O atendimento foi interrompido devido à dificuldade de colaboração pelo paciente, tornando os momentos desagradáveis e traumáticos no consultório odontológico. A escovação dental é realizada duas vezes ao dia, pela mãe (Tabela 1).

O paciente “M” já utilizou o sistema PECS na AMA de Criciúma-SC. Os itens de que “M” mais gosta, conforme o que foi relatado na anamnese, são livros ilustrados, desenhos animados, desenhar, bolinhas de sabão, ações no celular e se olhar no espelho. Possui aversão a barulhos excessivos, trajes brancos e EPIs, como toucas, máscaras e luvas (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos pacientes estudados na pesquisa. Criciúma, Brasil, 2016.

Paciente “F”		Paciente “M”
Idade	10 anos	10 anos
CID	F840	F790, F848, G402
Alterações de saúde	Rinite alérgica, aftas e tosse frequentes, dificuldade de cuspir, problemas de visão e o hábito de ranger os dentes	Anemia, suspeita de problemas de visão, dificuldade de cuspir e range os dentes no período diurno

Continua...

Continuação.

Paciente “F”		Paciente “M”
Medicações	Depakene 50mg/ml	Neuleptil 40mg/ml Carbamazepina 20mg/ ml
Visita ao Cirurgião-Dentista	Sim, para escovação supervisionada	Sim, com o uso de estabilização protetora e anestesia geral
Higiene Bucal	Três vezes ao dia, com quem estiver em casa no momento	Duas vezes ao dia, pela mãe
Sistema PECS	Já utilizou, na AMA e escola regular	Já utilizou, na AMA
Itens que o paciente gosta	Desenho animado, músi- cas, massinhas de modelar, balão, touca e bolinhas de sabão	Livros ilustrados, desenhos animados, desenhar, bolinhas de sabão, ações no celular e se olhar no espelho
Itens que provocam aversão no paciente	Barulhos excessivos e motos	Barulhos excessivos, trajes brancos e EPIs, como touca, máscaras e luvas

Fonte: Elaborada pelos autores.

CID: Classificação Internacional de Doenças

PECS: Picture Exchange Communication System

AMA: Associação Amigo dos Autistas

EPIs: Equipamento de Proteção Individual

No primeiro atendimento existiam duas opções para o acolhimen-
to dos participantes, a cadeira odontológica e o tapete de Etil Vinil e Acetato
(EVA). A opção de escolha entre um ou outro, para iniciar a consulta, ficou a
cargo dos participantes e ambos optaram por utilizar o tapete, sendo que esta
escolha permaneceu durante os atendimentos seguintes até que se sentassem
na cadeira odontológica (Figura 1).

Figura 1: Sala de Atendimento.



Fonte: Elaborada pelos autores.

A apresentação do PECS foi realizada por meio do método falar-mostrar-fazer. Sendo que neste momento a paciente “F” se mostrou atenta às explicações e conseguiu identificar as figuras e montou a sequência que foi demonstrada (Figura 2). O paciente “M” se mostrou relutante ao método, não fixou sua atenção ao que era repassado.

Figura 2: Demonstração de sete das dez figuras do modelo PECS.



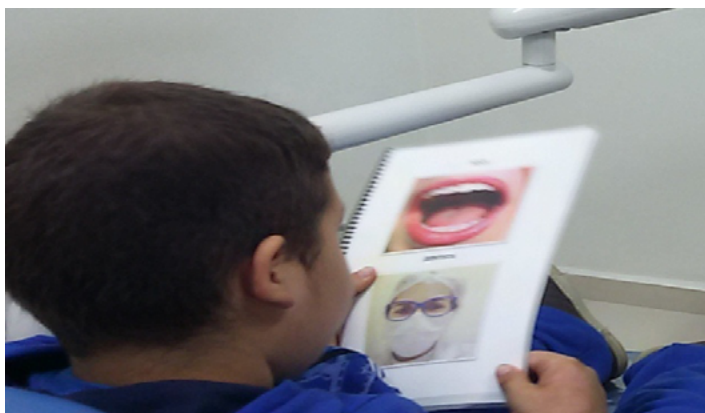
Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto ao uso da cadeira odontológica, houve a colaboração dos responsáveis e, deste modo, a paciente “F” conseguiu sentar-se sozinha, per-

mitindo que a apresentação do PECS continuasse. Enquanto “M” se sentou na cadeira, somente quando auxiliado pelo responsável, porém sem êxito quanto ao método de abordagem.

A partir da análise comportamental do paciente “M”, o sistema de apresentação foi modificado, pois o mesmo se mostrava agressivo ao método de escolha inicial. Desta forma, foi confeccionado um PECS em forma de revista, contendo as mesmas figuras, devido à afinidade do paciente com esta forma de apresentação (Figura 3).

Figura 3: Apresentação PECS em forma de revista



Fonte: Elaborada pelos autores.

Para a paciente “F” o tapete foi retirado a partir da segunda consulta, o que não ocorreu com “M”, que necessitou de um tempo maior para a retirada do tapete de EVA.

O paciente “M” conseguiu sentar-se na cadeira odontológica, mesmo que por pouco tempo. O uso da luz, sugador e tríplex foi alcançado com êxito, porém no período em que “M” estava participando do estudo e sendo condicionado, ele necessitou de intervenção odontológica por outro profissio-

nal, que foi realizada com anestesia geral, propiciando regressão no condicionamento e atenção especial posteriormente.

A paciente “F” durante o condicionamento lúdico na primeira etapa do estudo utilizou todos os itens relacionados ao consultório, EPIs e procedimentos clínicos como radiografias interproximais, profilaxia com uso de curetas Gracey Quinelato® e baixa rotação com escova Robinson, taça de borracha e pasta profilática Maquira® associada a pedra-pomes. Além disso, o atendimento à paciente foi finalizado com aplicações de selante ionomérico Ketac Molar Easy Mix da 3M® nos primeiros molares permanentes inferiores que apresentavam pigmentações nos sulcos oclusais, sugestivos de lesão incipiente de cárie. Optou-se por selante ionomérico, pois na primeira etapa do estudo não estava prevista a utilização de anestesia local e consequentemente de isolamento absoluto.

Toda ação conquistada, durante os atendimentos, foi reforçada com palmas e palavras positivas como: “Muito bem”, “Parabéns”, “É isso aí”. Ao final de cada consulta, os PECS eram reafirmados e remontados pela paciente “F” no quadro, para a afirmação da conquista diária. Com “M”, os PECS eram revisados por meio da revista previamente elaborada.

O paciente “M” não alcançou o objetivo do condicionamento lúdico durante a primeira etapa do estudo, motivo pelo qual foi encaminhado para a Clínica de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais da UNESC, para dar continuidade ao condicionamento e posterior procedimentos clínicos necessários, não seguindo para a segunda etapa do estudo.

A paciente “F” alcançou todos os objetivos iniciais do estudo, sendo assim foi acompanhada, pelas mesmas pesquisadoras, após seis meses do final da primeira etapa, no mesmo local de atendimento, dias e horários, para a execução dos tratamentos odontológicos necessários, com o uso ou não de anestesia local.

Após o retorno aconteceram três atendimentos e foram realizados procedimentos tais como profilaxia com uso de ultrassom Gnatus®, curetas Gracey Quinelato®, baixa rotação com escova Robinson, taça de borracha,

pasta profilática Maquira® com pedra-pomes, radiografias interproximais e instrução de higiene oral. Por meio dos exames clínicos e radiográficos constatou-se ausência de lesões de cárie que necessitassem de intervenção odontológica (Figura 4).

Figura 4: Realização de procedimentos odontológicos na segunda etapa do estudo



Fonte: Elaborada pelos autores.

Durante os atendimentos que ocorreram na segunda etapa do estudo, “F” cooperou, porém em alguns momentos se mostrou impaciente frente às atividades realizadas. Um dos métodos utilizados para tranquilizar a paciente foi a musicoterapia, que funcionou adequadamente e permitiu que os procedimentos fossem finalizados.

Ao decorrer da realização das radiografias “F” não permitiu que estas fossem feitas sem auxílio do responsável, que teve que acomodá-la em seu colo para facilitar o posicionamento do filme radiográfico na boca da participante. Na primeira etapa do estudo “F” havia permitido a realização da tomada radiográfica para a detecção de cárie, porém as mesmas não se mostraram claras para o correto diagnóstico.

No segundo momento, com o auxílio do responsável, foi possível realizar novas radiografias interproximais e confirmar a ausência de lesões de

cárie nos sulcos oclusais, pigmentados, dos primeiros molares permanentes inferiores, selados com Ketac Molar Easy Mix da 3M®, na primeira etapa do estudo. A ausência das lesões de cárie nas radiografias pode ser devido a paralização das lesões incipientes por meio da ação do selante ionomérico aplicado na primeira etapa do estudo juntamente com a melhora da higienização bucal da paciente.

O estudo verificou a evolução de dois pacientes com TEA por meio dos PECS. Um paciente atingiu a totalidade do objetivo, enquanto o outro se encontrava em evolução. Em uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, que utilizou a mesma metodologia, o resultado apresentou uma diferença estatística ($p=0,006$) na aceitação dos PECS realizado entre dois grupos (G1 e G2). No grupo G1 os participantes não tiveram experiência odontológica anterior, enquanto no grupo G2 os participantes tiveram experiência odontológica anterior. Ambos os grupos conseguiram utilizar os PECS, entretanto o artigo relata que não rejeitou a hipótese nula e que houve uma melhor aceitação pelo grupo G1 (ZINK, 2012b).

Na Itália, o comportamento social comunicativo foi avaliado através do uso de PECS versus a terapia de linguagem convencional (CLT) em pacientes com TEA. O resultado apontou que houve uma melhora na relação social das crianças que utilizaram PECS, quando comparadas com o uso da CLT (LERNA *et al.*, 2012).

O PECS proporciona um protocolo de ensino estruturado que pode ser facilmente executado em pacientes com TEA (AGIUS; VANCE, 2015). É uma alternativa por intermédio de figuras, que visa auxiliar no ato de comunicação destes indivíduos, desde a diferenciação destas figuras, até utilizá-las para mostrar aquilo que se quer em um determinado momento (MIZAEL; AIELLO, 2013).

Estudos realizados na cidade de São Paulo-SP e em Guaratinguetá-SP, mostraram que pacientes que não tiveram experiência odontológica anterior obtiveram uma desenvoltura maior para aceitação dos PECS em comparação com aqueles que já possuíam (CALTABIANO *et al.*, 2015; ZINK, 2012b). No

presente estudo, a paciente “F” apresentou uma facilidade na aceitação da primeira tentativa da utilização dos PECS, uma vez que sua experiência odontológica prévia foi focada na escovação supervisionada e não em procedimentos invasivos, enquanto o paciente “M” apresentou maiores dificuldades, devido às experiências traumáticas vivenciadas anteriormente ao estudo.

Para que sejam alcançados resultados melhores em relação ao manejo odontológico destes pacientes é preconizado que os procedimentos sejam realizados mantendo os mesmos horários, local e auxiliar do profissional durante as consultas, e deve ser realizado um protocolo a fim de melhorar o relacionamento com o paciente (KLEIN; NOWAK, 1998; MAGALHÃES, 2006; SWALLOW, 1969; ZINK, 2012b). O tempo de espera para a consulta não deve ultrapassar quinze minutos e o cirurgião-dentista deve evitar falar termos técnicos próximo ao paciente (KLEIN; NOWAK, 1998). No presente estudo, os pacientes reconheciam e guiavam os responsáveis até o local onde as consultas eram realizadas uma vez que os horários, local, pesquisadora auxiliar e tempo de espera foram respeitados.

No presente estudo foi observado que os participantes melhoraram a comunicação com as pesquisadoras. Esta conquista foi crescente ao decorrer das consultas, tendo uma melhora no relacionamento paciente e profissional. Outros estudos realizados com pacientes diagnosticados com TEA relataram que houve uma evolução dos hábitos comportamentais e na comunicação quando se aplicou este método (FERREIRA; CIELO; TREVISAN, 2010; ZINK, 2012b). Por outro lado, Caltabiano e colaboradores (2015), evidenciaram um maior obstáculo quanto ao uso do condicionamento lúdico em pacientes com TEA devido à dificuldade na comunicação (CALTABIANO *et al.*, 2015). Crianças diagnosticadas com TEA possuem uma melhor comunicação por meio de imagens do que utilizando palavras. Desta forma a psicologia visual facilita a compreensão de novos aprendizados, principalmente para a introdução da Odontologia na vida destes pacientes (DELLI *et al.*, 2013) (PILEBRO; BACKMAN, 2005).

O uso do condicionamento lúdico é incentivado em pacientes com TEA na Odontologia, antes de qualquer intervenção hospitalar (ZINK, 2012b),

visto que procedimentos realizados em âmbito hospitalar podem produzir estresse e aborrecimentos. Porém, percebe-se que os responsáveis de crianças com TEA possuem maior aceitação com a de anestesia geral (MARSHALL *et al.*, 2008). No presente estudo, o paciente “M”, sofreu uma intervenção odontológica com uso de anestesia geral no transcorrer da pesquisa. Tal fato contribuiu para a regressão do seu condicionamento lúdico, motivo pelo qual o paciente acabou sendo excluído da segunda etapa da pesquisa.

Os pacientes na consulta inicial preferiram o primeiro contato por meio do tapete de EVA, onde ambos demonstraram receio de sentar-se na cadeira odontológica, podendo ser justificado pela experiência odontológica anterior ou medo do desconhecido. Na literatura há resultado semelhante ao encontrado, uma vez que os pacientes que já tiveram contato odontológico anterior preferiram iniciar a consulta sentados no chão (ZINK, 2012b).

As técnicas mais abordadas para o auxílio do condicionamento lúdico são falar-mostrar-fazer, reforço positivo, verbal diferenciado, erradicação de estímulos sensoriais que desencadeiam o estresse, comandos claros e objetivos e estabelecimento de uma rotina de atendimento (DELLI *et al.*, 2013; ZINK, 2012b). No presente estudo, as técnicas mais utilizadas foram a do falar-mostrar-fazer e reforçadores positivos.

O uso de reforçadores é um meio importante para o atendimento de pacientes com TEA, pois auxilia na recompensa para o alcance dos objetivos propostos. Há diversas formas de utilizar os reforçadores positivos, como por exemplo presentes e palavras de motivação que auxiliam a cooperação do paciente no âmbito odontológico (DELLI *et al.*, 2013). No presente estudo, os reforçadores utilizados foram palavras motivacionais que auxiliaram na evolução dos pacientes.

Klein e colaboradores (1998), afirmam que a participação dos responsáveis durante o atendimento não é indicada (KLEIN; NOWAK, 1998). No presente estudo, a presença dos familiares facilitou durante as primeiras consultas e para a adaptação dos pacientes no âmbito odontológico. Outros relatos corroboram esta afirmação e demonstram que incluir a presença dos

país durante o atendimento odontológico é um método básico que auxilia profissionais com pacientes com TEA (CALTABIANO *et al.*, 2015; DELLI *et al.*, 2013).

Pacientes que alcançam uma nova habilidade durante o tratamento odontológico por meio do PECS, não retrocedem nos objetivos conquistados (CALTABIANO *et al.*, 2015; ZINK, 2012b). Isto condiz com o que foi encontrado na segunda etapa do presente estudo onde a paciente “F” permaneceu condicionada mesmo após um período de recesso nos atendimentos odontológicos, porém o mesmo não ocorreu com o paciente “M”, pois ele envolveu após os procedimentos realizados em âmbito hospitalar, impossibilitando o encaminhamento dele para a segunda etapa do estudo.

Em alguns momentos se utilizou musicoterapia por meio do canto, que auxiliou durante os atendimentos, tranquilizando a paciente. Este método utiliza o som como meio de interação e comunicação e pode ser realizado por meio do canto, movimentos a partir do estímulo sonoro e escuta de melodias (BRASIL, 2000).

É de suma importância que o atendimento odontológico para pacientes com TEA seja individualizado e que suas alterações comportamentais sejam levadas em consideração. Estes pacientes necessitam de atendimento especializado e compreensão de suas necessidades. Cada indivíduo responde de maneira diferente, sendo necessária a intervenção que promova e previna a saúde, além de educação continuada e permanente dos profissionais e responsáveis a fim de melhorar a qualidade de vida destes pacientes (ALVES, 2004; BRASIL, 2000; CHEW; KING; O'DONNELL, 2006; DELLI *et al.*, 2013; MAGALHÃES, 2006; ZINK, 2012b).

Ressalta-se que existem poucos trabalhos publicados que abordem como deve ser realizado o atendimento de pacientes autistas em âmbito odontológico (AMARAL; PORTILHO; MENDES, 2011; JAGANATHAN, 2014; KATZ *et al.*, 2009; MAREGA; AIELLO, 2005). Sugere-se que novos estudos sejam realizados com um número maior de pacientes com TEA, visando afir-

mar cada vez mais a eficiência do método do condicionamento lúdico com o auxílio dos PECS.

CONCLUSÃO

É indispensável um olhar holístico para com os pacientes portadores de necessidades especiais. O uso dos PECS, neste atendimento, facilita a comunicação com o paciente; porém, é necessária dedicação e paciência para a realização dos procedimentos.

O condicionamento lúdico no atendimento odontológico de crianças com diferentes graus de TEA auxilia na prática odontológica e facilita a comunicação profissional e paciente.

A pesquisa serve como base para o atendimento diferenciado dos pacientes com TEA; o método, porém, pode ser utilizado em pacientes com outras necessidades especiais e até mesmo com pessoas que sofrem ansiedade no ambiente odontológico.

REFERÊNCIAS

AGIUS, May M.; VANCE, Margaret. A Comparison of PECS and iPad to Teach Requesting to Pre-schoolers with Autistic Spectrum Disorders. **Augmentative And Alternative Communication**, [s.l.], v. 32, n. 1, p. 58-68, 20 nov. 2015.

ALVES, Elaine Gomes dos Reis. A Singularidade do atendimento odontológico a pacientes portadores de Síndrome de Autismo. **JSO**. [s. l.]. fev. 2004. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elaine/artelaine81.htm>>. Acesso em: 14 maio 2016.

AMARAL, Lais David; PORTILHO, Jorge Alberto Cordón; MENDES, Silvia Carolina Teixeira. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.

5, n. 3, p.105-114, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1046/955>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Autismo**: orientação para os pais. Brasília, 2000. 37 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_14.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2017.

CALTABIANO, Rosângela Monteiro *et al.* Estudo e atendimento a pacientes especiais com proposta diferenciada de adaptação e condicionamento em consultório odontológico. In: 8º CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UNESP, 8., 2015, [s.l.]. **Anais...** [s.l.]: Unesp, 2015. p. 1-7. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/142439>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

CHEW, Leslie C T; KING, Nigel M; O'DONNELL, David. Autism: the Aetiology, Management and Implications for Treatment Modalities from the Dental Perspective. **Dental Update**, [s.l.], v. 33, n. 2, p. 70-83, 2 mar. 2006.

CHRISTENSEN, Deborah L. *et al.* Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. **Mmwr. Surveillance Summaries**, [s.l.], v. 65, n. 3, p. 1-23, 2016.

DELLI, K. *et al.* Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, [s.l.], p. 862-868, 2013. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/33067861.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

DIAS, Sandra. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 307-313, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v18n2/1415-4714-rlpf-18-2-0307.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

FERREIRA, Fernanda Vargas; CIELO, Carla Aparecida; TREVISAN, Maria Elaine. Aspectos respiratórios, posturais e vocais da Doença de Parkinson:

considerações teóricas. **Revista Cefac**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.534-540, 10 dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462011000300020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 8 mar. 2017.

JAGANATHAN, Udhya. Autism Disorder (AD): An Updated Review for Paediatric Dentists. **Journal Of Clinical And Diagnostic Research**, [s.l.], p.275-279, 2014. JCDR Research and Publications. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3972586/>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

KATZ, Cíntia Regina Tornisiello *et al.* Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico. **Odontologia Clín.-cient.**, Recife, v. 8, n. 2, p. 115-121, abr./jun. 2009.

KLEIN, Ulrich; NOWAK, Arthur J. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. **Pediatric Dentistry**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 312-317, out. 1998.

LERNA, Anna *et al.* Social-communicative effects of the Picture Exchange Communication System (PECS). *In: Autism Spectrum Disorders. International Journal Of Language & Communication Disorders*, [s.l.], v. 47, n. 5, p. 609-617, 18 jul. 2012.

MAGALHÃES, Marina Helena Cury Gallottini de. **Odontologia para Pacientes Especiais: Atendimento odontológico a autistas**. 2006. Disponível em: <<http://www.wwow.com.br/portal/revista/revista.asp?secao=5&view=artigos&id=112>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

MAREGA, Tatiane; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. Autismo e tratamento odontológico: algumas considerações. **Revista Íbero-Americana de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 8, n. 42, p. 150-157, 2005.

MARSHALL, Jennifer *et al.* Parental Attitudes Regarding Behavior Guidance of Dental Patients with Autism. **Pediatric Dentistry**, [s.l.], v. 30, n. 5, p. 400-407, out. 2008. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/8ae1/45af74792a864e3b2e7b843f940539426b2b.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

MIZAEL, Tâhcita Medrado; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. Revisão de estudos sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) para o ensino de linguagem a indivíduos com autismo e outras dificuldades de fala. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 19, n. 4, p. 623-636, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v19n4/v19n4a11.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 10. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. v. 1. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em 6 mar. 2016.

ORIQUEI, Maria Sílvia Younes. Avaliação clínica das condições de saúde bucal de pacientes autistas. 2006. 57 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2006. Disponível em: <http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/213/1/mariasilviaoriqui_dissert.pdf>. Acesso em: 14 maio 2016.

PILEBRO, C.; BACKMAN, B. Teaching oral hygiene to children with autism. **International Journal Of Paediatric Dentistry**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 1-9, jan. 2005.

SWALLOW, James Neil. The dental management of autistic children. **British Dental Journal**, [s.l.], v. 126, n. 3, p. 128-131, fev. 1969.

ZINK, Adriana. Com ou sem anestesia geral? **Revista Autismo**, [s. L.], n. 2, p.11-11, abr. 2012a. Disponível em: <<http://www.revistaautismo.com.br/RevistaAutismo002.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

ZINK, Adriana Gledys. Uso do sistema por intercâmbio de figuras (PECS) para o tratamento odontológico de indivíduos com autismo. 2012. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 2012b.

REPERCUSSÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS DE UM MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat05>

Carolina Kanarek da Silva

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
carolinakanarek@gmail.com

Lara Canever

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

Rita Suselaine Vieira Ribeiro

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

Rosimar Fagundes Rodrigues

UNESC – Secretaria de Assistência Social de Criciúma

Paula Rosane Vieira Guimarães

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
paulag@unescc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Um marco na conquista pelo direito humano à alimentação adequada (DHAA) foi a introdução, na Constituição Federal de 1988, da alimentação como um direito social. O DHAA se relaciona intimamente com a segurança alimentar e nutricional (SAN), que visa promover a todos o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente para suprir as necessidades nutricionais dos indivíduos (CUSTÓDIO; YUBA; CYRILLO, 2013).

No eixo que trata do acesso à alimentação, o DHAA é assegurado por meio de programas de alimentação e nutrição, de incentivos fiscais, de redução de tributos e de programas de transferência condicionada de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF), que surgiu em 2003 como uma alternativa ao combate à fome e para promover a segurança alimentar e nutricional (MONTEIRO, 2014).

Para monitorar a percepção de segurança alimentar, insegurança e fome, usa-se como instrumento a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), um questionário com 15 perguntas que foi validado em 2004 e que se mostra útil no auxílio de políticas de combate à fome (SEGALL-CORREA; MARIN-LEON, 2009).

No Brasil, o acesso aos alimentos é limitado, principalmente entre os grupos populacionais menos favorecidos financeiramente ou em situação de vulnerabilidade, como os beneficiários do PBF. A alimentação desses indivíduos pode apresentar-se comprometida, por isso é necessário averiguar se eles estão tendo suas necessidades nutricionais supridas e se têm acesso ao valor nutricional dos alimentos (MONTEIRO, 2014).

Apesar de muitas conquistas no campo da alimentação e da nutrição, o DHAA continua sendo violado, colocando a fome em um patamar de difícil superação. Vale ressaltar que a segurança alimentar é condicionada principalmente por fatores ligados à oferta e à demanda de alimentos na sociedade. Do lado da oferta, a segurança alimentar pressupõe a garantia de que haja disponibilidade suficiente e sustentável de alimentos que respeitem a cultura ali-

mentar, que sejam fisicamente e economicamente acessíveis à população e que propiciem opções saudáveis de alimentação. Do lado da demanda, a segurança alimentar pressupõe a garantia de que todos os indivíduos saberão identificar e terão capacidade de adotar opções saudáveis de alimentação (CUSTÓDIO; YUBA; CYRILLO, 2013; BRASIL, 2004b).

A Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) disponibiliza os formulários de marcadores de consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN Web) desde 2008, permitindo a avaliação do consumo alimentar da população brasileira. Os formulários visam identificar as práticas alimentares saudáveis e não saudáveis e propor a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior, o que ameniza possíveis vieses de memória, ou seja, esquecimento em relação à alimentação realizada. Estão disponíveis três formulários: um para crianças menores de 6 meses, um para crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de idade e outro para crianças com 2 anos de idade ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Desse modo, tais questionários podem ser aplicados a todos os integrantes da família. Em geral, o objetivo deste estudo foi verificar a situação de Insegurança Alimentar (IA) dessa população, bem como a qualidade da alimentação a que está tendo acesso.

Trata-se, portanto, de um tema relevante e atual, que se insere no papel da Universidade de incentivar o desenvolvimento regional por meio de ações que consolidem as políticas públicas de interesse da sociedade.

MÉTODO

Para avaliar a repercussão do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiadas em um município do Sul Catarinense o delineamento da pesquisa foi descritivo, de caráter quantitativo, transversal, com amostra não probabilística e amostragem por conveniência. Aceitaram participar da pesquisa 34 famílias de beneficiários do Programa Bolsa Família, totalizando 83 pessoas. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, teve parecer n. 2.509.656. Para obtenção dos dados foram

utilizados a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e os marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). A coleta dos dados ocorreu no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) com cronograma específico. Após concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram convidados a responder um questionário e ao procedimento antropométrico (pesar e medir). As variáveis antropométricas coletadas foram peso e estatura. Para a coleta do peso corporal, foi utilizada a balança do CRAS, com capacidade de 150 kg, da marca Filizola e modelo plataforma. A estatura foi aferida em metros, com o auxílio de um antropômetro/régua vertical acoplado à balança de plataforma. Para crianças menores de dois anos, o peso e a altura foram coletados na carteirinha de vacinação.

RESULTADOS

A mulher é vista como o foco prioritário do PBF, tanto como titular quanto no cumprimento das condicionalidades impostas, sendo a principal interlocutora das ações de combate à pobreza. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a), essas condicionalidades representam a quebra do ciclo intergeracional da pobreza, por meio do acesso às políticas sociais, como educação, saúde e assistência social.

Segundo Brito e Costa (2015), a vulnerabilidade socioeconômica predomina nos domicílios monoparentais chefiados por indivíduos do sexo feminino, consequência das diferenças na forma de inserção e de valorização da mulher no mercado de trabalho, o que reflete em forma de menores rendimentos salariais. O PBF se consolidou como uma ferramenta de inclusão e promoção da autonomia das mulheres, que ao serem incluídas no programa são tomadas como representantes do grupo familiar, fortalecendo seus papéis na família e na comunidade (BRASIL, 2016).

Segundo o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC, 2008), 94% dos titulares do cartão do PBF são mulheres. Entre elas, 27% são mães

solteiras e 85% têm entre 15 e 49 anos. No caso da presente pesquisa, 97% (33) das famílias pesquisadas foram representadas por titulares mulheres (mães), das quais 33 famílias foram representadas por 6% (2) de titulares com menos de 20 anos de idade, confirmando assim o foco do programa.

Em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com as famílias beneficiárias do PBF de uma Unidade Básica de Saúde, a maior parte da população entrevistada era composta de mulheres (80%) com idade entre 20 e 59 anos. A população de 2 a 10 anos correspondia a 28,75% e a de 10 a 19 anos a 16,25% (ROSA, 2011).

No estudo de Cabral *et al.* (2013), os quais avaliaram o estado nutricional, o consumo e a segurança alimentar de beneficiários do PBF residentes nas favelas de Maceió (AL), também na maioria das famílias a mãe era responsável pelo benefício (89,2%). Das 321 crianças avaliadas, 50,2% eram meninos e 49,8% meninas. Os adultos estudados (n=326) tinham idade média de 34,3 anos (DP=8,7 anos), sendo 38,7% do sexo masculino e 61,3% do sexo feminino.

Neste estudo, das 83 pessoas que fizeram parte das 34 famílias entrevistadas, 59% (49) pertencem ao gênero feminino e 40,1% (34) ao gênero masculino. Percebem-se resultados semelhantes quanto aos percentuais, apesar dos números absolutos serem menores, visto que as crianças com menos de 10 anos – 64,7% (11) – pertencem ao sexo masculino e 35,3% (6) ao feminino. Os adultos têm uma média de idade de 30,6 anos ($\pm 8,8$), o que corresponde a 75,6% (31) do sexo feminino e 24,4% (10) do sexo masculino.

Utilizando os marcadores do SISVAN (2015), foram coletados os dados a respeito do consumo alimentar das famílias por faixa etária. O SISVAN tem como objetivo realizar o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para o conhecimento da natureza e magnitude dos problemas de nutrição, identificando também as áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais acometidos de maior risco aos agravos nutricionais (PEREZ *et al.*, 2013).

Quanto ao consumo alimentar, a única criança menor de 6 meses, com 3 meses de vida, é do sexo masculino, estava em aleitamento materno

Misto ou Parcial (quando a criança recebe outros tipos de leite além do materno). Não fazia uso de mingau, água, chás, mas usava fórmula para complementar sua alimentação (BRASIL, 2015b).

As crianças de 6 a 24 meses incompletos totalizaram 5, com idades entre 7 e 23 meses, uma média de 16 meses ($\pm 7,4$), sendo 60% (3) do sexo feminino e 40% (2) do masculino. A tabela 2 mostra a frequência alimentar do consumo de leite materno, de fruta e de comida de sal em crianças de 6 a 24 meses incompletos que foi referida pelos pais e/ou responsáveis pela criança. Destas, apenas 20% (1) consumiram leite materno no dia anterior à pesquisa, 60% (3) comeram frutas e todas consumiram alguma comida de sal pelo menos uma vez ao dia. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b), por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança, além de ser mais bem digerido quando comparado a outros leites. Ele é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais das crianças nos primeiros seis meses de vida e continua sendo uma importante fonte de nutrientes até o segundo ano de vida.

Segundo as orientações para a avaliação dos marcadores de consumo alimentar para atenção básica (BRASIL, 2015a), o consumo de leite materno até os 2 anos é importante devido à proteção contra diversas doenças nos primeiros anos de vida. Seguir em aleitamento materno até os 2 anos ou mais estende a oferta de energia e de micronutrientes ao bebê, especialmente o ferro. Porém, faz-se necessário orientar as mães de que nesse período apenas o leite do peito não será suficiente para suprir as necessidades das crianças, sendo necessário complementá-lo com uma alimentação saudável e planejada adequadamente.

Os dois primeiros anos de vida da criança são caracterizados por crescimento acelerado e enormes aquisições no processo de desenvolvimento, incluindo habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos, além do leite materno. O governo brasileiro e órgãos representativos no Brasil recomendam o aleitamento materno até os 6 meses de vida, e adequações de práticas de alimentação complementar a partir dessa idade (BRASIL, 2015b).

A alimentação complementar é compreendida como aquela fornecida no período em que os outros alimentos ou líquidos são oferecidos em adição ao leite materno. Qualquer alimento ou líquido oferecido nesse período é chamado de alimento complementar, que, quando adequado, deve fornecer alimentos ricos em energia e micronutrientes, sem contaminação, sem excesso de sal ou de condimentos, evitando-se alimentos industrializados (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Segundo as orientações para a avaliação dos marcadores de consumo alimentar para atenção básica (BRASIL, 2015a), os alimentos complementares devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa salgada e de frutas), sendo fundamental oferecer duas frutas diferentes por dia e fontes de vitamina C após a refeição principal para aumentar a absorção do ferro.

A frequência alimentar das crianças de 6 a 24 meses incompletos revelou que 80% (4) consumiram algum leite que não o do peito, mingau com leite, algum tipo de legume, vegetais ou frutas de cor alaranjada; 60% (3) consumiram iogurte, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado; 20% (1) consumiram verdura de folha, hambúrgueres ou embutidos; 100% (5) consumiram carne ou alguma fonte de carboidratos (arroz, aipim, macarrão, farinha ou batata), 40% (2) consumiram algum tipo de doce ou guloseima e nenhuma criança consumiu fígado ou bebidas adoçadas.

Conforme Carvalho *et al.* (2015), as crianças são um grupo vulnerável devido ao crescimento rápido e à imaturidade fisiológica e imunológica. A nutrição deve ser adequada principalmente nesses primeiros anos de vida, para que o crescimento e desenvolvimento aconteçam de forma saudável. Alimentos ricos em gorduras saturadas e trans, açúcares e sódio podem comprometer o estado nutricional e levar ao desenvolvimento de carências ou excessos nutricionais.

No estudo de Coradi, Bottaro e Kirsten (2017), com amostra de 75 crianças de 6 meses a 2 anos de idade, sobre o consumo alimentar em Arvorezinha-RS, observou-se um grande consumo de frutas (87,3%), comida de sal (95,31%), legumes (70,31%), carnes (71,88%) e arroz, batata, inhame,

mandioca, farinha, macarrão (90,4%). Dessas crianças, 57,81% ainda recebiam aleitamento materno e 27,41% eram beneficiárias do PBF.

Toloni *et al.* (2011) analisaram a introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional da dieta de 270 crianças frequentadoras de berçários de oito creches públicas e filantrópicas do município de São Paulo. Os resultados mostram que para aproximadamente 2/3 das crianças foram oferecidos, antes dos 12 meses, alimentos com potencial obesogênico, como macarrão instantâneo, salgadinhos, bolacha recheada, suco artificial, refrigerante e bala/pirulito/chocolate. O resultado foi semelhante, apesar da diferença amostral, visto que 60% (3) consumiram iogurte, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado.

As crianças de 2 a 10 anos incompletos chegaram ao total de 11, com média de idade de 7,0 anos ($\pm 1,7$), idade mínima de 3 anos e máxima de 9 anos. Destas, 72,7% (8) eram do sexo masculino e 27,3% (3) do sexo feminino. Quanto aos adolescentes entre 10 e 19 anos, a média de idade foi de 13,4 anos ($\pm 2,6$), com 52% (13) do sexo masculino e 48% (12) feminino. A tabela 1 mostra as refeições realizadas ao longo do dia por essas crianças e adolescentes.

Tabela 1 – Refeições realizadas ao longo do dia por crianças de 2 a 10 anos incompletos, e adolescentes, beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.

Refeições	Crianças de 2 a 10 anos incompletos (n=11)		Adolescentes (n=25)	
	Sim	Não	Sim	Não
Café da manhã	9(81,8%)	2 (18,2%)	21 (84%)	4 (16%)
Lanche da manhã	7 (63,6%)	4 (36,4%)	11 (44%)	14 (56%)
Almoço	11 (100%)	-	21(84%)	4 (16%)
Lanche da tarde	9 (81,8%)	2 (18,2%)	22 (88%)	3 (12%)
Janta	11 (100%)	-	25 (100%)	-
Ceia	5(45,5%)	6 (54.5%)	16 (64%)	9 (36%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Nenhuma das crianças e nenhum dos adolescentes entrevistados fizeram as seis refeições diárias indicadas. O Guia Alimentar para População Brasileira (BRASIL, 2014a) recomenda que sejam ofertadas refeições complementares, além das três refeições principais (café da manhã, almoço e janta), para crianças e adolescentes em fase de crescimento, devido ao aumento da necessidade energética. Semelhante ao resultado da pesquisa, Barros *et al.* (2011), analisando o banco de dados de uma unidade de saúde com 20 crianças de um a cinco anos, em Campina Grande-PB, chegaram ao resultado de que 65% das crianças presentes na amostra realizavam de uma a três refeições diárias.

Também semelhante aos resultados obtidos na pesquisa, um estudo de avaliação do consumo alimentar de pré-escolares de Nova Rita-RS, com crianças de 2 a 5 anos mostrou que crianças atendidas em escolas de período integral realizavam ao menos 4 refeições ao dia, sendo elas desjejum, almoço, lanche da tarde e jantar. Com isso, pode-se observar o papel importante da escola nos hábitos alimentares infantis (ZVEIBRÜCKER; MIRAGLIA, 2012).

Em relação ao hábito das crianças e dos adolescentes de realizarem as refeições assistindo à TV, mexendo no celular ou no computador foi observado que 55% das crianças e 72% dos adolescentes, ou seja, mais da metade deste público possui este costume.

Conforme Fiates, Amboni e Teixeira (2008), a ocorrência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes está associada ao hábito de assistir à TV, o qual promove o sedentarismo, sendo associado também ao baixo condicionamento físico. Além disso, sabe-se que os anúncios de alimentos veiculados na TV têm o poder de efetivamente promover o seu consumo, influenciando diretamente nos hábitos alimentares das crianças.

Na pesquisa de Moreira e Carraschi (2017) sobre a avaliação do consumo alimentar de crianças menores de 5 anos, da amostra de 326 crianças, 48,2% (157) possuíam o hábito de realizar as refeições assistindo à TV ou mexendo no celular/computador.

Corrêa e Martins (2018) avaliaram o estado nutricional de 73 escolares de 7 a 12 anos de idade, obtendo como resultado o percentual de crianças

com o hábito de realizarem as refeições assistindo à TV ou mexendo no celular/computador de 50,7%.

A tabela a seguir mostra a distribuição dos marcadores do consumo alimentar do SISVAN por crianças de 2 a 10 anos incompletos e adolescentes. O consumo elevado de hambúrgueres/embutidos, de bebidas adoçadas, de macarrão instantâneo, de salgadinhos de pacote ou de biscoitos salgados, de biscoitos doces e de guloseimas por adolescentes é um fator preocupante.

Tabela 2 – Distribuição dos marcadores do consumo alimentar do SISVAN por crianças de 2 a 10 anos incompletos, e adolescentes, beneficiários do PBF de um município do sul catarinense

Alimentos	Crianças de 2 a 10 anos incompletos (n=11)			Adolescentes (n=25)		
	Sim	Não	Não Sabe	Sim	Não	Não Sabe
Feijão	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	14 (56%)	4 (16%)	7 (28%)
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	3 (27,3%)	7 (63,6%)	1 (9,1%)	9 (36%)	9 (36%)	7 (28%)
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandio-ca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	3 (27,3%)	7 (63,6%)	1 (9,1%)	8 (32%)	10 (40%)	7 (28%)
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	1 (9,1%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	6 (24%)	12 (48%)	7 (28%)
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	1 (9,1%)	8 (72,7%)	2 (18,2%)	8 (32%)	10 (40%)	7 (28%)

Continua

Continuação.

Alimentos	Crianças de 2 a 10 anos incompletos (n=11)			Adolescentes (n=25)		
	Sim	Não	Não Sabe	Sim	Não	Não Sabe
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	1 (9,1%)	8 (72,7%)	2 (18,2%)	8 (32%)	10 (40%)	7 (28%)
Biscoitos recheados, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chicletes, caramelos, gelatina)	1 (9,1%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	7 (28%)	11 (44%)	7 (28%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Segundo Brasil (2012), atualmente há uma grande exposição dos escolares a esses alimentos, bem como o apelo publicitário com relação a esses produtos. O consumo de alimentos industrializados de alta densidade energética (com grande quantidade de gorduras e/ou açúcar) e de baixo valor nutricional (pobre em minerais e vitaminas), aliado ao comportamento sedentário, é apontado como a principal causa do aumento do excesso de peso nessa faixa etária.

O consumo excessivo de energia, proveniente da ingestão de produtos ultraprocessados, como estes que foram consumidos em excesso pelos adolescentes avaliados, não garantem uma adequada nutrição, podendo causar inclusive carências de micronutrientes, mesmo na presença da adequação calórica (SILVA *et al.* 2010).

Conforme Jesus (2017), durante a infância e a adolescência, são comuns hábitos alimentares errôneos com o consumo excessivo de bebidas adoçadas e produtos ultraprocessados, ricos em gordura, açúcar e sal, e o baixo consumo de legumes, verduras e frutas. Esses hábitos estão associados ao menor gasto energético diário, o que explica as tendências crescentes de sobrepeso e obesidade.

A tabela 3 mostra a distribuição dos marcadores do consumo alimentar do SISVAN pelos adultos entrevistados de ambos os sexos. Mais de um terço consumiu hambúrguer/e ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoitos recheados, doces ou guloseimas. O consumo desses alimentos, conforme as orientações para avaliação dos marcadores de consumo alimentar para atenção básica (BRASIL, 2015a) devem ser desestimulados em todas as faixas etárias, pois apresentam quantidades elevadas de gordura saturada, trans, sódio, açúcar e baixo teor de nutrientes. Por outro lado, o consumo de feijão, frutas frescas, legumes e vegetais frescos variados deve ser recomendado, pelo fato destes serem ricos em minerais, vitaminas e fibras alimentares.

Tabela 3 – Distribuição dos marcadores do consumo alimentar do SISVAN por adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Alimentos	Adultos (n=41)		
	Sim	Não	Não Sabe
Feijão	29 (70,7%)	6 (14,6%)	6 (14,6%)
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	16 (39,0%)	19 (46,3%)	6 (14,6%)
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	13 (31,7%)	23 (56,1%)	5 (12,2%)
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	13 (31,7%)	23 (56,1%)	5 (12,2%)
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	13 (31,7%)	23 (56,1%)	5 (12,2%)
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	15 (36,6%)	21 (51,2%)	5 (12,2%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme as orientações para avaliação dos marcadores de consumo alimentar para atenção básica (BRASIL, 2015a), o consumo de processados derivados de carne (embutidos, hambúrgueres, salsichas, salames, linguíças etc.) leva à absorção de quantidades elevadas de gordura saturada, gordura, colesterol e sódio, devendo ser evitados, assim como o consumo de alimentos ricos em açúcares. O consumo de carnes brancas, vermelhas ou ovos, por possuírem alta qualidade de proteínas, vitaminas e minerais, deve ser estimulado, assim como a ingestão de frutas, legumes e vegetais frescos, por estes serem fontes de fibras e diversos micronutrientes e por apresentarem baixa quantidade de calorias.

As pesquisas realizadas em 2016 pela VIGITEL (BRASIL, 2017) mostram que apenas um a cada três adultos consomem frutas e hortaliças ao menos cinco dias da semana, sendo que destes o consumo é maior entre as mulheres. Em relação ao consumo de feijão, em 2012, o consumo regular era de 67,5%, passando para 61,3% em 2016.

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a), é preciso que os alimentos *in natura* ou minimamente processados sejam base para uma alimentação nutricionalmente balanceada, com variedade na oferta de produtos de origem vegetal, saborosos e aceitos culturalmente dentro de um sistema alimentar que garanta sustentabilidade para o ambiente. Entretanto, a constituição da autonomia para escolhas alimentares mais saudáveis não é exclusivamente uma decisão individual, pois está relacionada também com o ambiente vivido e com fatores econômicos, sociais e culturais que podem ter um impacto positivo ou negativo sobre o padrão alimentar das pessoas.

As crianças de 6 a 24 meses não se fizeram presentes na entrevista, portanto não foi possível realizar aferição de peso e estatura para classificação do estado nutricional. Havia um menino de 3 anos, cuja relação índice de massa corporal para idade (IMC/I) foi de $19,13\text{kg/m}^2$, sendo este classificado acima do percentil 99 ($P > 99$) e, portanto, como obesidade para a idade. A estatura para todas as fases, tanto de crianças, adolescentes e adultos estava adequada para a idade. Não houve casos de idosos.

Neste estudo, verificou-se que das 7 crianças presentes, 74,10% estavam acima do peso, sendo 28,6% em situação de sobrepeso, 14,2% obesidade e 28,6% obesidade grave. Em relação aos adolescentes, 45,5% se encontraram acima do peso, dos quais 27,3% estavam em sobrepeso. Em situação de obesidade e de obesidade grave chegou-se ao percentual de 9,1% respectivamente.

A obesidade é uma doença crônica, definida como o excesso de gordura corporal, que é causada por fatores de risco genéticos e ambientais (SOTELO; COLUGNATI; TADDEI, 2004). Conforme Abrantes, Lamounier e Colosimo (2002), a prevalência de obesidade está crescendo intensamente na infância e na adolescência e tende a persistir na vida adulta: cerca de 50% das crianças obesas aos 6 meses de idade e de 80% das crianças obesas aos 5 anos de idade permanecerão obesas. Por isso é de suma importância a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da obesidade na infância.

Segundo Enes e Slater (2010), a presença de obesidade na adolescência tem sido associada ao aparecimento precoce hipertensão arterial (HAS), dislipidemias, aumento da ocorrência de diabetes mellitus tipo dois (DM2), distúrbios na esfera emocional, o que pode comprometer a postura e causar problemas no aparelho locomotor. Os efeitos da obesidade precoce também serão vistos a longo prazo, aumentando o risco de mortalidade, especialmente por doença coronariana nos adultos que foram obesos na infância e na adolescência.

Na amostra de 40 indivíduos adultos de 20 a 60 anos incompletos deste estudo, apenas 25% das mulheres estão na faixa de peso adequada, sendo que 31,25% estão com sobrepeso e 40,55% estão com algum tipo de obesidade. No caso dos homens entrevistados, 62,5% estão com o peso adequado e 37,5% estão acima do peso.

Veloso e Silva (2010) analisaram uma amostra com 1005 adultos de 20 a 59 anos, sendo 612 mulheres e 393 homens, todos residentes no Maranhão. Nas mulheres, a prevalência de obesidade foi de 15,3%, e de sobrepeso de 26,8%. Nos homens, a prevalência de obesidade foi de 13,0% e de sobrepeso 31,1%. No presente estudo, das 32 mulheres analisadas 31,2% (10) apresentaram sobrepeso e 40,5% (13) obesidade. Dentre os homens, verificou-se 12,5%

(1) de sobrepeso e 25,0% (2) de obesidade, achados que se diferenciam dos estudos acima, apesar da diferença amostral.

Linhares *et al.* (2012) realizaram um estudo com amostra de 2.448 indivíduos adultos em Pelotas-RS. A prevalência de obesidade foi de 21,7% nos homens e 29,2% nas mulheres. Já Holanda *et al.* (2011) avaliaram o estado nutricional de 464 adultos, entre 20 e 59 anos, residentes da zona urbana de Teresina-PI. As prevalências de sobrepeso e de obesidade foram, respectivamente, de 30% e 7,7%.

Conforme os dados da VIGITEL 2016 (BRASIL, 2017), o excesso de peso em adultos cresceu 26,3% e a obesidade 60%, de 2006 a 2016. Os dados mostram também que a prevalência de obesidade duplica a partir dos 25 anos e é mais frequente nos indivíduos com grau menor de escolaridade.

No presente estudo, das famílias entrevistadas, 55,9% (19) estão em situação de Insegurança Alimentar Grave (IAG). Essa situação é alarmante, visto que apenas uma família vive em situação de segurança alimentar. Nos domicílios com menores de 18 anos, o percentual de IAG foi de 65,4% (17). As informações podem ser verificadas na tabela 4.

Tabela 4 – Situação de Segurança Alimentar e Nutricional nos domicílios dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Classificação	Domicílios com menores de 18 anos		Domicílios sem menores de 18 anos		Total de domicílios	
	N	%	N	%	n	%
Segurança Alimentar	1	3,8	-	-	1	2,9
Insegurança Alimentar Leve	6	23,0	3	37,5	9	26,5
Insegurança Alimentar Moderada	2	7,7	3	37,5	5	14,7
Insegurança Alimentar Grave	17	65,4	2	25,0	19	55,9
Total	26	76,4	8	23,6	34	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Segundo as pesquisas feitas pelo IBASE em 2008, apesar do aumento no consumo de alimentos, uma parcela significativa dos beneficiários do PBF encontrava-se em situação de IAG (21%, representando 2,3 milhões de famílias). Apesar do aumento declarado no consumo de alimentos, uma parcela significativa dos beneficiários (21%, representando 2,3 milhões de famílias) encontra-se em situação de IAG (fome entre adultos e/ou crianças da família); outros 34% (ou 3,8 milhões de famílias) estão em situação de insegurança alimentar moderada (IAM) (restrição na quantidade de alimentos na família) (INESC, 2008).

Apresentam insegurança alimentar leve (IAL), quando não há falta de alimentos, mas preocupação em relação ao consumo no futuro, 28% (ou 3,1 milhões de famílias) e 17% (ou 1,9 milhão de famílias), que estão em situação de segurança alimentar e nutricional.

Em Maceió-AL, no ano de 2011 (CABRAL *et al.*, 2013), foram avaliadas 204 famílias, totalizando 847 beneficiários do PBF. Destes, 91,2% apresentavam algum tipo de IA. Nos domicílios com crianças e adolescentes, todas as famílias apresentaram IA, sendo 20,3% leve, 46,9% moderada e 32,9% grave. Nos domicílios só com adultos, 29,5% estavam em situação de segurança alimentar, 32,8% em IAL, 29,5% IAM e 8,2% IAG. Observou-se, nesse estudo, que as proporções de IA foram maiores nas classes econômicas D e nos domicílios com quatro ou mais moradores que não recebem outro benefício, com renda menor que R\$ 545,00, sem moradia própria, com água proveniente de poço/cacimbão, sem esgoto, cuja mãe era respondente, com idade menor que 40 anos, que não trabalhava e que tinha a circunferência de cintura inadequada e excesso de peso (CABRAL *et al.*, 2013).

Também em 2011 foi traçado em Viçosa-MG o perfil socioeconômico e a IA das famílias beneficiárias do PBF que possuíam crianças com idade de dois a seis anos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana (SPERANDIO; PRIORE, 2015). Participaram da pesquisa 243 famílias, das quais 72,8% apresentaram alguma IA, sendo 47,3% consideradas IAL, 10,7% IAM e 14,8% IAG. A prevalência de IA foi mais elevada nos domicílios com menor nível

socioeconômico, maior número de moradores, que possuíam água tratada por filtração e cujas mães tinham baixa escolaridade.

Monteiro, Souza e Pinho (2014) realizaram em Montes Claros-MG uma análise da IA e nutricional dos beneficiários do PBF. Foram entrevistados 72 beneficiários e obtidas informações sobre idade, renda, escolaridade situação de IA e nutricional, consumo alimentar, avaliação do serviço de saúde, conhecimentos em nutrição e estado nutricional. Foi adotada a EBIA com 15 questões que refletem a IA em diferentes níveis. De modo geral, todas as famílias apresentaram algum grau de IA, sendo 48,6% IAL, 34,7% IAM e 16,7% IAG.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou uma análise do PBF e sua possível relação com a Insegurança Alimentar e Nutricional da população, mostrando a necessidade de Políticas Públicas voltadas para o combate à fome e à vulnerabilidade social, e também a efetivação de ações educativas por parte dos profissionais de saúde, especificamente nutricionistas, que favoreçam a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.

O elevado índice de sobrepeso e obesidade observado neste estudo, em ambos os sexos e nas diversas faixas etárias, pode estar relacionado com a alimentação pobre em vitaminas e minerais provenientes das leguminosas, hortaliças e frutas e ainda estar atribuído ao consumo de alimentos ultraprocessados que favorecem não apenas o ganho de peso, mas a carência de micronutrientes.

A alta prevalência de IA encontrada no estudo, principalmente a de grau mais severo, pode estar relacionada ao fato de a amostra ser composta exclusivamente por beneficiários do PBF, grupo que pelos critérios de inclusão do programa, são famílias em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social.

Para contribuir com a segurança alimentar e nutricional da população beneficiária do PBF, o profissional nutricionista pode realizar o diagnóstico

nutricional da população estudada, bem como, avaliar a segurança alimentar e nutricional dessas famílias e atuar diretamente com os beneficiários promovendo ações de educação alimentar e nutricional ou promovendo capacitações para os demais profissionais da saúde básica.

REFERÊNCIAS

BARROS, D. C. de Avaliação nutricional antropométrica de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. 2009. 129 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014a. 156 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Bolsa Família garante direitos e autonomia às mulheres**. Publicado em 09 de março de 2016. Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2016/marco/bolsa-familia-garante-direitos-e-autonomia-as-mulheres>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília: DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2015a. 33 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 184 p.

BRASIL. **Manual de Orientação para a alimentação escolar na Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio e na Educação de Jovens e Adultos**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 159 p.

BRITO, J. G. de; COSTA, E. R. Titularidade Feminina no Programa Bolsa Família: Questões de Gênero e Segurança Alimentar. **Revista Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura**, v. 1, n. 3, n.p., 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufac.br/revista/index.php/tropos/article/view/185>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

CABRAL, M. J. *et al.* Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Revista Estud Av., São Paulo**, v. 27, n. 78, p. 71-87, 2013.

CARVALHO, C. A. de *et al.* Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paul Pediatr., São Paulo**, v. 33, n. 2, p. 211-221, jun. 2015.

CORADI, F. de B.; BOTTARO, S. M.; KIRSTEN, V. R. Consumo Alimentar de Crianças de Seis a Doze Meses e Perfil Sociodemográfico Materno. **Revista Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Arvorezinha, v. 12, n. 3, p. 733-750, 26 ago. 2017.

CORRÊA, A. B. F.; MARTINS, G. de S. W. Estado nutricional de escolares em escolas públicas, de uma cidade de médio porte e pequeno porte, no sul de Santa Catarina. 2018. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2018.

CUSTÓDIO, M. B.; YUBA, T. Y; CYRILLO, D. C. Política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: uma análise da alocação de recursos. **Revista Panam Salud Publica**, v. 33, n. 2, p. 144-50, 2013.

DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. do C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-486, jun. 2010.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Bras Epidemiol.** v. 13, n. 1, São Paulo, mar. 2010.

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. de M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. **Revista Nutr.** Campinas, v. 21, n. 1, p. 105-114, fev. 2008.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS – INESC. **O perfil do Bolsa Família.** Publicado em 2 de julho de 2008. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2008/julho/o-perfil-do-bolsa-familia>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

JESUS, L. S. de. **Consumo alimentar de adolescentes de uma escola no município de Itabaiana-Sergipe.** 2017. Monografia (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2017.

LINHARES, R. *et al.* Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, mar. 2012.

MONTEIRO, F. O Programa Bolsa Família no contexto da segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Revista Sau & Transf Soc.** Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 91-97, 2014.

MONTEIRO, E. L. F.; SOUZA, C. R.; PINHO, L. Diagnóstico de Insegurança Alimentar e Nutricional entre beneficiários do Programa Bolsa Família participantes de oficina de intervenção nutricional. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional.** Campinas, v. 21, n. 2, p. 469-480, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Downloads/8634476-3457-1-SM.pdf>>. Acesso: 18 ago. 2017.

MOREIRA, F. D.; CARRASCHI, K. R. P. Avaliação do Consumo Alimentar de Crianças Menores de 5 anos em Criciúma. 2017. 44 f. Trabalho de Conclusão de

Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017.

PEREZ, A. I. de la C. *et al.* Monitoramento do estado nutricional de usuários de Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **Revista BEPA**, São Paulo, v. 10, n. 116, ago. 2013.

ROSA, J. A. O. da. Estado nutricional e consumo de alimentos de beneficiários do Programa Bolsa Família em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – RS. 2011. 68- f. TCC (Graduação) Curso de Nutrição - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SEGALL-CORREA, A. M.; MARIN-LEON, L. A. Segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**. Campinas, v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009.

SILVA, J. V. L. da *et al.* Consumo alimentar de crianças e adolescentes residentes em uma área de invasão em Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Bras Epidemiol**. v. 13, n. 1, p. 83-93, 2010.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. **Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar**. Elaborado em 2015. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/public/file/ficha_marcadores_alimentar.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

SOTELO, Y. de O. M.; COLUGNATI, F. A. B.; TADDEI, J. A. de A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 233-240, fev. 2004.

SPERANDIO, N.; PRIORE, S. E. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Revista Epidemiol Serv Saúde**. Brasília, v. 24, n. 4, p. 739-748, out./dez. 2015.

TOLONI, M. H. de A. *et al.* Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Revista Nutr.** v. 24, n.1, p .61-70, 2011

VELOSO, H. J. F.; SILVA, A. A. M. da. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Revista Bras Epidemiol. São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 400-412, set. 2010.

ZVEIBRÜCKER, F. P.; MIRAGLIA, F. Avaliação do consumo alimentar de pré-escolares frequentadores de EMEIs no município de Nova Santa Rita-RS. **CIPPUS – Revista de Iniciação Científica do Unilasalle**. v. 1, n. 1, maio 2012.

Parte 2

EPIDEMIOLOGIA APLICADA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

Na parte 2, Epidemiologia aplicada aos serviços de saúde, apresentam-se desde análises locais, de serviços específicos até análise de agravos em nível nacional. Os dados trazidos foram analisados através de métodos confiáveis, que podem ser utilizados de forma segura e que, além de retratar condições de saúde locais, podem embasar outros estudos.

PREVALÊNCIA DE TOXOPLASMOSE EM GESTANTES ATENDIDAS EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC NO PERÍODO DE 2014 A 2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat06>

Gisele Cristina de Oliveira Rivas

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
gisecri@hotmail.com

Liziane Martins da Silva

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
lizy_cri@hotmail.com

Haylla Santos de Sousa

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
aideehailla@hotmail.com

Emanuel de Souza

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
emanuel@unescc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Toxoplasmose é uma doença infecciosa, causada pelo protozoário *T. gondii*, um parasita intracelular obrigatório, com capacidade de infectar quase todas as células nucleadas (CAPOBIANGO *et al.*, 2014). É uma zoonose de distribuição mundial e acomete quase todos os animais homeotérmicos (CARVALHO *et al.*, 2015). Os felídeos (domésticos ou silvestres) são os hospedeiros definitivos do parasita, enquanto os humanos, outros mamíferos não felídeos e as aves, são os seus hospedeiros intermediários (BRASIL, 2010).

O *T. gondii* era considerado uma única espécie do gênero toxoplasma, recentes estudos sobre o parasita na América do Norte e Europa identificaram uma diversidade genética limitada que foram classificadas em tipos genéticos I, II e III e cepas recombinantes e atípicas (LIU *et al.*, 2015). Estudos clínicos e in vitro mostraram que surtos da toxoplasmose assintomáticos ou com cursos sintomáticos estão relacionados com os genótipos envolvidos (WUJCICKA; WILCZYŃSKI; NOWAKOWSKA, 2013). O tipo I está normalmente associado com a infecção aguda; o tipo II está relacionado a indivíduos imunossuprimidos, infecções congênicas e oculares; e o tipo III são isolados em animais (CAMPOS *et al.*, 2014).

A toxoplasmose é uma das infecções parasitárias mais comuns em humanos, sendo amplamente distribuída em todo o mundo. Tem alta prevalência em países tropicais e está associada ao clima, população de felinos, cultura, entre outros (CAMPOS *et al.*, 2014).

A prevalência da toxoplasmose varia de 20 a 90% na população humana mundial (GONTIJO-SILVA; VINAUD; DE CASTRO, 2015). Estima-se que mais de dois bilhões de pessoas estejam infectadas cronicamente (DIAS; FREIRE, 2005). O centro de controle de prevenção de doenças (CDC – Centers for Disease Control and Prevention) estima que nos EUA, 22,5% da população de 12 anos ou mais foram infectados pelo *T. gondii* (GUO *et al.*, 2015). No Brasil as frequências são distintas, variando de 50,5 a 82% em diversos seguimentos da população adulta (CARVALHO *et al.*, 2015).

A resposta imune do hospedeiro à toxoplasmose é complexa e a gravidade da doença está relacionada à capacidade do hospedeiro de responder imunologicamente à infecção (CARVALHO *et al.*, 2015). Vários fatores como a eficiência do sistema imunológico do indivíduo, a virulência da cepa, o número de parasitas infectantes e a via de infecção atuam na manifestação dos sinais clínicos (DIAS; FREIRE, 2005).

Três fases do ciclo de vida do *T. gondii* são infectantes: taquizoitos, bradizoitos contidos nos cistos teciduais e oocistos contendo esporozoitos (GUO *et al.*, 2015). A principal forma de ocorrência e disseminação do agente para a população humana é através da infecção pela via oral (DIAS; FREIRE, 2005).

A Figura 1 mostra as vias de transmissão do *T. gondii* em humanos, que pode ser horizontal ou vertical (GUO *et al.*, 2015) e divide-se em três vias principais de contaminação: ingestão de oocistos, ingestão de cistos (bradizoítos) e transplacentária (BRASIL, 2010). A via de transmissão horizontal envolve a ingestão de alimentos ou água contaminada com oocistos eliminados pelas fezes de gato, ou pela ingestão de carne crua ou malpassada contendo cistos teciduais viáveis (LIU *et al.*, 2015). Outras formas de transmissão menos frequentes, são por transfusão sanguínea (EDUARDO *et al.*, 2007), transplante de órgãos (ORELLANA OCHOA, 2014) ou acidentes laboratoriais (GONTIJO-SILVA, 2014). A via de transmissão vertical se dá pela passagem de taquizoítos da mãe infectada para o feto através da placenta (GUO *et al.*, 2015).

Figura 1 – Ciclo de transmissão do *T. gondii*



Fonte: MITSUKA-BREGANÓ *et al.*, 2010.

Somente os felinos jovens (não imunes) albergam o parasita nos intestinos, local onde este desenvolve seu ciclo enteroepitelial. Os felinos tornam-se infectados após a ingestão, geralmente pelo carnivorismo, de oocistos ou cistos teciduais contendo bradizoítos, estes são liberados no organismo do felino e penetram no epitélio intestinal sofrendo reprodução assexuada, seguida de reprodução sexuada, culminando em produção e eliminação de oocistos pelas fezes (ORELLANA OCHOA, 2014). O mesmo após se infectar libera o parasita no meio ambiente por 3 a 10 dias (GUO *et al.*, 2015). Um único gato infectado pode eliminar mais de 100 milhões de oocistos não esporulados no meio ambiente depois de ingerir poucos bradizoítos (EDUARDO *et al.*, 2007). Após a esporulação no meio ambiente, que ocorre entre 1 e 5 dias, dependendo da temperatura, os oocistos se tornam infectantes (DIAS; FREIRE, 2005). Os oocistos no meio ambiente podem manter-se viáveis por meses ou anos, devido a sua resistência aos agentes físicos e químicos (EDUARDO *et al.*, 2007). Uma vez ingeridas, as formas infectantes do *T. gondii* chegam ao intestino delgado dos hospedeiros intermediários, os esporozoítos ou os bradizoítos rompem a parede dos oocistos ou dos cistos teciduais, respectivamente, e transformam-se em taquizoítos (GONTIJO-SILVA, 2014). Durante a infecção

aguda os taquizoítos do *T. gondii* multiplicam-se e disseminam-se rapidamente para os tecidos distantes, a partir do ponto inicial da infecção no intestino. Os taquizoítos atravessam diversas barreiras biológicas, incluindo a mucosa intestinal, circulação linfática e sanguínea e finalmente atingem órgãos como o cérebro, olhos e placenta. Após alguns ciclos de replicação (1 a 3 semanas), os taquizoítos se transformam em bradizoítos dentro de cistos intracelulares instalando-se a infecção crônica (HARKER; UENO; LODOEN, 2014).

A resposta imune do hospedeiro frente à toxoplasmose é complexa e envolve dois tipos de resposta: humoral e celular. A resposta imune humoral consiste na produção de imunoglobulinas específicas, principalmente IgG e IgM. A resposta imune celular é mediada por linfócitos T que secretam citocinas capazes de destruir os taquizoítos extracelulares. Segundo Filisetti & Candolfi (2004), a resposta imune celular é o elemento chave na resistência do hospedeiro contra a infecção pelo *T. gondii* e os anticorpos exercem um papel secundário nessa resistência.

Apenas 10 a 20% dos casos de toxoplasmose apresentam sintomas em indivíduos imunocompetentes (AMENDOEIRA; CAMILLO-COURA, 2010). Os sintomas quando presentes se caracterizam por febre, linfadenopatia, coriorretinite, linfocitose e dores musculares que persistem por dias ou semanas (CAPOBIANGO *et al.*, 2014). Quadros severos podem ocorrer em casos de infecção aguda ou reativação de uma infecção latente em indivíduos imunocomprometidos (HARKER; UENO; LODOEN, 2014). A toxoplasmose pode apresentar quadros clínicos de alta gravidade em grupos específicos, incluindo fetos e recém-nascidos infectados por via congênita, indivíduos em tratamento com quimioterápicos, pacientes transplantados e portadores de HIV (LIU *et al.*, 2015).

Em países em desenvolvimento como o Brasil, a prevalência da toxoplasmose entre as gestantes varia de 50 a 80% em todo o território. Em países desenvolvidos como os EUA, apenas 10% das gestantes estão infectadas por essa doença e são assintomáticas com sinais inespecíficos. (GONTIJO-SILVA; VINAUD; DE CASTRO, 2015). A infecção pelo *T. gondii* em gestantes pode

ocasionar desde abortos espontâneos, partos prematuros, morte neonatal ou ainda sequelas severas no feto (BOLLANI; STRONATI, 2014).

A incidência mundial de toxoplasmose congênita é de aproximadamente 1,5 casos para cada 1000 nascidos vivos por ano. A partir desta taxa, calcula-se cerca de 1,20 milhões de casos por ano em todo o mundo (TORGERSON; MASTROIACOVO, 2013). A prevalência de infecção congênita é rara nos EUA com aproximadamente 0,01%, um pouco mais alta em alguns países da Europa apresentando cerca de 0,01 a 0,1% (AMENDOEIRA; CAMILLO-COURA, 2010) e no Brasil a prevalência é de 0,05 a 0,15% em todo território (CAMPOS *et al.*, 2014).

O risco da transmissão fetal depende de fatores como a resposta imune materna, da idade gestacional no momento da infecção e da virulência do parasita e varia de 2% no período perinatal, 10 a 25% no primeiro trimestre de gravidez, 30 a 45% no segundo trimestre, 60 a 65% no terceiro trimestre e mais de 80% próximo ao nascimento (CAPOBIANGO *et al.*, 2014).

A maioria das crianças com toxoplasmose congênita não apresentam sinais ou sintomas ao nascimento, mesmo assim estão em risco de desenvolver sequelas tardias, principalmente ocular e neurológica (TORGERSON; MASTROIACOVO, 2013). Para as crianças sintomáticas, a severidade das manifestações clínicas está relacionada à idade gestacional em que foi adquirida a infecção (CAPOBIANGO *et al.*, 2014). A gravidade da doença é maior quando a transmissão ocorre no início da gravidez e diminui com o aumento da idade gestacional (BOLLANI; STRONATI, 2014). A toxoplasmose pode causar aborto no primeiro trimestre; retinocoroidite, microcefalia e retardo mental no segundo trimestre; e linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, lesões oculares e calcificações cerebrais no terceiro trimestre (CAPOBIANGO *et al.*, 2014).

O diagnóstico da toxoplasmose é realizado através de testes sorológicos para pesquisa de anticorpos específicos contra o *T. gondii* como os anti-*T. gondii* IgM, IgG e IgA. A triagem da gestante é realizada pelo teste sorológico imunoenzimático (ELISA), sendo o mais disponível nos laboratórios da rede pública e permite rastreamento rápido de grande número de amostras. Sua

sensibilidade e especificidade são bastante elevadas, além de apresentar baixo custo (RODRIGUES, 2013).

O diagnóstico da infecção materna durante a gestação é baseado no perfil sorológico da doença aguda, que evidencia positividade tanto para anticorpos IgM quanto para IgG (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2005). A interpretação dos resultados pode ser vista na Tabela 1.

Tabela 1 – Interpretação de sorologia de IgM e IgG para toxoplasmose

IgM	IgG	Interpretação
(-)	(+)	Infecção prévia/toxoplasmose crônica
(+)	(+)	Possível infecção recente
(+)	(-)	Infecção recente/toxoplasmose aguda
(-)	(-)	Susceptibilidade

Fonte: Ministério da saúde, 2010.

Dependendo dos resultados, a gestante pode ser considerada como: de baixo risco quando possuir IgG positiva e IgM negativa, indicando infecção prévia ou toxoplasmose crônica; possível infecção recente se IgM e IgG estão positivas; portadora de infecção recente ou toxoplasmose aguda se IgM positiva e IgG negativo; suscetível quando os anticorpos IgG e IgM são negativos.

Os anticorpos do tipo IgM são detectáveis cerca de uma semana após a infecção e se mantém viáveis por até 18 meses. Assim, a detecção apenas de IgM é insuficiente para se estabelecer diagnóstico de infecção aguda (GONTIJO DA SILVA; CLARE VINAUD; DE CASTRO, 2015). A presença de anticorpos do tipo IgG sugere o contato prévio com o parasita, mas não diferencia o tempo de infecção (LIU *et al.*, 2015). Outros métodos de detecção são necessários para diferenciação da doença aguda ou crônica, como o teste de avidéz do IgG. Nas reações imunológicas, a interação de um anticorpo com um antígeno ocorre por meio de ligações químicas, e o termo que define a força destas ligações é denominado avidéz. O teste de avidéz de IgG mede a força dessa ligação ou o grau de avidéz, que é maior quanto maior for o

tempo decorrido da infecção primária. O exame utiliza a técnica de ELISA modificada, e o resultado é expresso como porcentagem de avidéz; os pontos de corte sugeridos são: menor ou igual a 30% (baixa avidéz), 31 a 60% (avidéz intermediária), e maior que 60% (alta avidéz). Se o percentual da avidéz de IgG for maior que 60%, é provável que a infecção tenha ocorrido há mais de 4 meses e que o anticorpo IgM presente é apenas residual (ALVARENGA, 2009).

Em caso de infecção materna e suspeita de infecção fetal, deve ser realizada a amniocentese para identificação do DNA do parasita por meio da reação em cadeia de polimerase, atualmente o método de escolha para investigação fetal.

O ministério da Saúde preconiza a identificação precoce de todas as gestantes, e o pronto início do acompanhamento pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez (BRASIL, 2010). A triagem sorológica da mãe para toxoplasmose se mostra como ferramenta que possibilita a tomada de medidas preventivas e terapêuticas precocemente e, com isso, propicia a redução da taxa de transmissão vertical e consequentemente também reduz os danos ao desenvolvimento fetal (CASTILHO-PELLOSO *et al.*, 2005). Assim, é importantíssimo que no início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação, seja realizada a triagem por meio da sorologia, favorecendo a identificação inicial dos casos agudos de toxoplasmose gestacional (AVELINO *et al.*, 2014). Quando a sorologia for negativa, deve-se repetir o exame no segundo e terceiro trimestres da gravidez (AVELINO; AMARAL, 2008).

A toxoplasmose constitui um importante problema de saúde pública em todo mundo, especialmente na sua forma congênita, onde o risco de comprometimento fetal e sequelas são iminentes (CARELLOS; ANDRADE; AGUIAR, 2008).

Com base nos dados descritos na literatura, e abordados acima, estima-se que no Brasil ainda haja um grande número de mulheres em idade fértil que apresentam risco de contrair toxoplasmose durante a gravidez, devido à carência de campanhas de saúde pública relacionadas à toxoplasmose. Além disso, a prevalência de indivíduos sororreagentes para *T. gondii* varia muito en-

tre as diversas regiões do mundo, inclusive em regiões dentro do próprio país, sendo imprescindível que cada país ou região tenha sua própria informação epidemiológica. Conhecer a prevalência de doenças infecciosas em gestantes, que podem ser transmitidas verticalmente ao feto, é uma ferramenta essencial para a formulação de políticas públicas de saúde, favorecendo o planejamento de ações programáticas de prevenção e assistência.

MÉTODOS

O projeto foi aceito pela Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma-SC e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, com Parecer n.: 1.711.865 (ANEXO 1).

Foi realizado um estudo de prevalência do tipo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa e com consulta ao banco de dados.

A amostra foi composta por 100 gestantes atendidas durante o acompanhamento de pré-natal pelo SUS, em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma-SC, no período compreendido entre janeiro de 2014 a dezembro de 2015. Foram selecionadas todas as gestantes identificadas no registro de saúde nas UBS do Metrópol e UBS do Pinheirinho e cadastradas no SISPRENATAL no período de 2014 a 2015.

Foram coletados os dados dos prontuários de 180 gestantes, através do sistema Fly saúde, e adotados como critérios de inclusão as gestantes de qualquer faixa etária e que constava no sistema os resultados dos testes sorológicos (reagentes ou não reagentes) para anticorpos contra o *Toxoplasma gondii* em qualquer período gestacional. Houve a necessidade de excluir 80 registros, pois esses não apresentavam resultados dos exames laboratoriais de pesquisa de anticorpos anti-*T. gondii* tanto IgM quanto IgG. Das 100 gestantes selecionadas, foram coletados dados como idade, resultados dos testes sorológicos para toxoplasmose, UBS e ano de registro.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciencies (SPSS) versão 22.0. Para a análise estatística foram consideradas como variáveis dependentes a sororreatividade para o *T. gondii* (IgM reagente/não reagente; IgG reagente/não reagente; IgM e IgG concomitantemente reagentes; IgM e IgG não reagentes. Como variáveis independentes foram considerados as UBS e idade das gestantes (Tabela 2). As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

Tabela 2 – Variáveis da amostra

Variáveis dependentes	Variáveis independentes
IgM (Reagente)	Idade das gestantes
IgM (Não reagente)	UBS
IgG (Reagente)	
IgG (Não reagente)	
IgM (Reagente) + IgG (Reagente)	
IgM (Não reagente) + IgG (Não reagente)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados durante o estudo corresponderam ao período entre janeiro de 2014 a dezembro de 2015. Foram incluídas nesse estudo 100 gestantes, dessas 49 (49%) iniciaram o pré-natal em 2014 e 51 (51%) no ano de 2015. Do total das gestantes, 39 (39%) realizaram acompanhamento de pré-natal na Unidade Básica de saúde do Metropol e 61 (61%) na Unidade Básica de Saúde do Pinheirinho. A média de idade das gestantes foi de $25,10 \pm 7,25$ sendo a idade mínima de 15 anos e a máxima de 46 anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Características das variáveis da amostra

Variáveis	Média ± Desvio padrão ou n(%) n = 100
Idade (anos)	
UBS	25,10 ± 7,25
Metropol	39 (39,0)
Pinheirinho	61 (61,0)
Ano	
2014	49 (49,0)
2015	51 (51,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Conforme descrito na Tabela 4, dentre as 100 gestantes estudadas, 49 (49%) apresentaram sororreatividade para toxoplasmose, sendo que 41 (41%) destas apresentava sororreatividade apenas para IgG, indicando infecção passada e 8 (8%) apresentavam sororreatividade também para IgM, indicando uma possível infecção ativa; e 51 (51%) das gestantes apresentaram IgM e IgG não reagentes, assim suscetíveis de contrair a infecção pelo *T. gondii* durante a gestação.

Tabela 4 – Ocorrência de desfechos nas 100 gestantes estudadas

Desfecho	n(%) n = 100
Soropositividade	
IgM (+); IgG (+)	8 (8,0)
IgM (-); IgG (+)	41 (41,0)
Susceptibilidade	
IgM e IgG não reagentes	51 (51,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Brasil, a prevalência de anticorpos IgG em gestantes é altamente variável em diversos seguimentos da população adulta, este fato pode estar

correlacionado as diferenças climáticas, culturais, e também socioeconômicas da população (VAZ *et al.*, 2011). De acordo com os resultados dispostos na tabela 5, a prevalência de toxoplasmose de 49% encontrada no presente estudo é similar às encontradas em algumas cidades do Brasil.

Em Florianópolis-SC, por exemplo, um estudo feito por Cantos (2000) estimou uma prevalência de 41,9%, Lopes *et al* em 2009, na cidade de Londrina-PR, determinou uma prevalência de 49,2%. Reis em 2006, na cidade de Porto Alegre-RS, encontrou uma prevalência de 61,1%. Sartori *et al* (2008) encontrou 67,7% de prevalência na cidade de Goiânia-GO. Areal e Miranda (2008), na cidade de Vitória-ES, encontrou 73,5% de prevalência e Pôrto no ano de 2008, na cidade de Recife-PE, encontrou 74,7% de prevalência. A frequência mais elevada de sororreatividade em gestantes descrita em estudos brasileiros foi de 92% num estudo com 32.512 gestantes, encontrada em serviço de triagem pré-natal pelo Programa de Proteção à Gestante de Mato Grosso do Sul (FIGUERÓ-FILHO *et al*, 2005).

Tabela 5 – Prevalência de toxoplasmose em gestantes no Brasil

Local	IgG (%)	Autor	Ano
Florianópolis, SC	41,9	CANTOS <i>et al</i> , 2000	2000
Londrina, PR	49,2	LOPES <i>et al</i>	2009
Porto Alegre, RS	61,1	REIS, TESSARO e D'AZEVEDO	2006
Goiânia, GO	67,7	SARTORI <i>et al</i>	2008
Vitória, ES	73,5	AREAL e MIRANDA	2008
Recife, PE	74,7	PORTO	2008
MS	92	FIGUERÓ-FILHO <i>et al</i>	2005

Fonte: CANTOS *et al.*, 2000; LOPES *et al.*, 2009; REIS; TESSARO; D'AZEVEDO, 2006; SARTORI *et al.*, 2008; AREAL; MIRANDA, 2008; PORTO, 2008; FIGUERÓ-FILHO *et al.*, 2005.

A prevalência de infecção ativa para o *T. gondii* nas mulheres grávidas foi de 8%, este dado é superior aos relatados em outros estudos no Brasil,

como mostra a Tabela 6. Figueró-Filho em 2005, no estado do Mato Grosso, encontrou uma prevalência de 0,42%. Já Bittencourt no ano de 2012, nas cidades de Palotina e Jesuítas, no Paraná, encontrou prevalência de 1,1%. Em outra cidade, Rolândia, no mesmo estado, Dias em 2009 relatou uma prevalência de 2,2%. Pôrto no ano de 2005, na cidade de Recife-PE, encontrou uma prevalência de 2,8%. Moura *et al* em 2013 na cidade de Niterói-RJ, encontrou prevalência de 4,2%. Por outro lado, um estudo de Avelino em 2004, reportou uma prevalência de anticorpos IgM mais próximo aos resultados do presente estudo, de 8,6% na cidade de Goiânia, estado de Goiás.

Tabela 6 – Prevalência de toxoplasmose aguda em gestantes no Brasil

Local	IgM (%)	Autor	Ano
MS	0,42	FIGUERÓ-FILHO <i>et al</i>	2005
Palotina, PR	1,1	BITTENCOURT <i>et al</i>	2012
Rolândia, PR	2,2	DIAS	2009
Recife, PE	2,8	PORTO	2005
Niterói, RJ	4,2	MOURA <i>et al</i>	2013
Goiânia, GO	8,6	AVELINO	2004

Fonte: FIGUERÓ-FILHO *et al.*, 2005; BITTENCOURT *et al.*, 2012; DIAS, 2009; PORTO, 2005; MOURA *et al.*, 2013; AVELINO, 2004.

Não se evidenciou associação significativa entre idade. As 8 gestantes soropositivadas para IgM contra o *T. gondii*, tiveram idade entre 15 e 40 anos com média de $25,88 \pm 8,39$ ($p=0,944$), para IgG idade entre 15 e 46 anos com média de $25,02 \pm 7,10$ ($p=0,939$), como expresso na tabela 7.

Tabela 7 – Associação entre média de idade X sororreatividade

	n	Média \pm Desvio padrão	Valor -p
IgM			
Reagente	8	$25,88 \pm 8,39$	0,944
Não reagente	92	$25,03 \pm 7,19$	

Continua

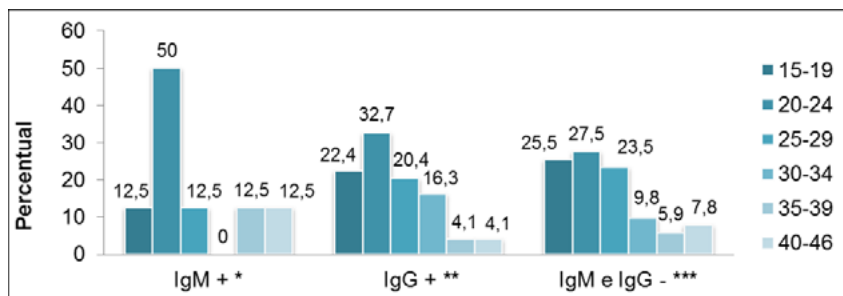
Continuação.

	n	Média ± Desvio padrão	Valor -p
IgG			
Reagente	49	25,02 ± 7,10	0,939
Não reagente	51	25,17 ± 7,45	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em estudo de Varella *et al.* (2003), a idade das mulheres soropositivas variou entre 13 e 45 anos, encontrando uma média de 26,3 anos. Houve evidências de que a soropositividade para a toxoplasmose (anticorpos IgG) aumenta em proporção direta com a idade da gestante, porém, no presente estudo a associação de ocorrência entre faixa etária (Gráfico 1), das 49 sororreagentes para IgG, observou-se predomínio de gestantes com idade entre 20 e 24 anos, com total de 16 das gestantes (32,7%) e uma menor incidência em gestantes com idade acima de 35 anos. Segundo Moron, Carvalho e Santana (2003) espera-se que a primo-infecção, e consequentemente a toxoplasmose aguda, ocorra em faixas etárias mais jovens, o que corrobora com os resultados do presente estudo, das 8 gestantes sororreagentes para IgM, a maior incidência ocorreu entre gestantes com idade de 20 a 24 anos, com total de 4 gestantes (50%). Entre as gestantes soronegativas (susceptíveis) houve maior ocorrência entre as gestantes com faixa etária de 15 a 29 anos totalizando 39 gestantes (76,5%). No presente estudo, não se encontrou diferença estatisticamente significativa ao analisar diferentes grupos etários.

Gráfico 1 – Ocorrência de desfechos associadas à faixa etária



*Valor-p = 0,377 após aplicação do teste de Razão de verossimilhança; **Valor-p = 0,846 após aplicação do teste de Razão de verossimilhança; *** Valor-p = 0,846 após aplicação do teste de Razão de verossimilhança. Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A análise da associação entre UBS, não mostrou significância entre as variáveis (Tabela 8). Do total das 8 gestantes soropositivadas para IgM contra o *T. gondii* ($p=0,256$), 5 (62,5%) eram da unidade de saúde do Metrópol e 3 (37,5%) da unidade de saúde do Pinheirinho; Dentre as soropositivadas para IgG, 19 (38,8%) eram da UBS do Metrópol e 30 (61,2%) eram da UBS do Pinheirinho.

Tabela 8 – Associação entre UBS X anticorpos anti-*T. gondii*

	UBS, n (%)		Valor -p
	Metropol	Pinheirinho	
IgM			
Reagente	5 (62,5)	3 (37,5)	0,256
Não reagente	34 (37,0)	58 (63,0)	
IgG			
Reagente	19 (38,8)	30 (61,2)	0,768
Não reagente	20 (39,2)	31 (60,8)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação à quantidade de exames sorológicos realizados e/ou solicitados durante o pré-natal, foi observado que 23 (23%) dos prontuários das gestantes apresentavam o resultado de exames sorológicos para toxoplasmose ocorridos em dois momentos durante a gestação, enquanto em 77 (77%) deles, não havia informações sobre a realização do segundo exame (Tabela 9).

Tabela 9 – Sorologia do segundo exame

Anticorpos	n(%)
	n = 100
Sororreagentes	
IgM (-) IgG (+)	9 (9,0)
IgM (+) IgG (+)	0 (0,0)
Susceptíveis	
IgM (-) IgG (-)	14 (14,0)
Sem informações	77 (77,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Das 100 gestantes do estudo, 23 (23%) gestantes que realizaram o segundo exame, 9 (9%) apresentaram sorologia positiva para IgG conferindo imunidade e 14 (14%) gestantes apresentaram sorologia negativa para IgM e IgG, ou seja, nunca tiveram contato com o parasita e assim estavam em risco de adquirir a infecção durante a gestação. Sabendo que 51% das gestantes que realizaram o primeiro exame sorológico eram susceptíveis, apenas 14% repetiram a sorologia. Com esses resultados infere-se que 37 (37%) gestantes estavam em risco de uma possível soroconversão e deveriam ter realizado o acompanhamento da sorologia até o final da gestação. De acordo com Avelino e Amaral (2008), quando a sorologia for negativa, deve-se repetir o exame no segundo e terceiro trimestres da gravidez. Segundo Amendoeira e Camillo-Coura (2010), na maioria das regiões brasileiras, é realizado um teste sorológico de rotina na primeira visita pré-natal, mas na maioria dos casos o teste não é repetido durante a gravidez. Essa conduta necessita ser mudada, devendo o

acompanhamento sorológico ser realizado periodicamente nas gestantes soronegativas, para possibilitar a detecção precoce de uma possível soroconversão.

O objetivo desse rastreamento é prevenir a toxoplasmose congênita e secundariamente, minimizar a severidade do acometimento do recém-nascido. A toxoplasmose congênita continua sendo um problema de saúde pública. É uma infecção evitável, que praticamente só ocorre quando a mãe adquire a infecção durante a gestação. Os profissionais de saúde e a gestante devem adotar medidas específicas que possam assegurar a prevenção, nesse contexto, sugere-se um programa de prevenção primária para toxoplasmose, visando à aplicabilidade pelos profissionais de saúde de diversas estratégias de prevenção durante o período gestacional na primeira consulta pré-natal. Dessa forma, quando o esclarecimento é realizado, as gestantes são corresponsáveis por seu autocuidado, evitando exposição aos fatores de risco.

CONCLUSÃO

Foram observadas uma prevalência da toxoplasmose, de 49%, nas gestantes pesquisadas nas duas UBS de Criciúma-SC, sendo que esta taxa é menor do que quando comparada a outros municípios brasileiros. Já a frequência de infecção ativa pelo *T. gondii* de 8%, foi considerada elevada em comparação com outros estudos realizados no país. A taxa de susceptibilidade encontrada foi de 51%, e identifica as mulheres nunca infectadas pelo *T. gondii* e, portanto, sob risco de adquirir a doença ao longo da gestação. É preciso dar especial atenção às gestantes desse grupo, sendo de suma importância, repetir a sorologia de preferência trimestralmente.

Fica evidente que outros estudos adicionais se fazem necessário antes da completa compreensão da soroprevalência da toxoplasmose no município de Criciúma, e nesse sentido, espera-se que o presente estudo estimule futuras investigações nessa área.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, F.R. Valor do teste de avidéz da IgG como marcador de doença aguda ou crônica e de transmissão vertical na toxoplasmose. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Tropical e Saúde Pública, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

AMENDOEIRA, M.R.R; CAMILLO-COURA, L.F. Uma breve revisão sobre a toxoplasmose na gestação. **Sci Méd.** Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 113-119, 2010.

AREAL, K.; MIRANDA, A. Soroprevalência de Toxoplasmose em gestantes atendidas na rede básica de saúde de Vitória, ES. **NewsLab.** v. 87, p. 122-129, 2008.

AVELINO, M. *et al.* **Risk factors for Toxoplasma gondii infection in women of childbearing age.** Brazilian J Infect Dis. v. 8, p. 164-174, 2004.

AVELINO, M.; AMARAL, W. Toxoplasmose e Gravidez. In: M. Avelino; W. Amaral (Eds.); **Transmissão Vertical, Infecções Congênitas.** 1. ed., p. 57-112, Goiânia: Contato Comunicações, 2008.

AVELINO, M. M. *et al.* **Congenital toxoplasmosis and prenatal care state programs.** BMC. Infect Dis. 2014.

BARBOSA, I. R.; HOLANDA, C. M.; ANDRADE-NETO, V. F. Toxoplasmosis screening and risk factors amongst pregnant females in Natal, northeastern Brazil. **Trans R Soc Trop Med Hyg.** v. 103, n. 4, p. 377-82, 2009.

BITTENCOURT, L. H. F. B. *et al.* Seroepidemiology of toxoplasmosis in pregnant women since the implementation of the Surveillance Program of Toxoplasmosis Acquired in Pregnancy and Congenital in the western region of Paraná, Brazil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 63-68, fev. 2012.

BOLLANI, L.; STRONATI, M. Congenital toxoplasmosis: clinical manifestation, treatment and follow-up. [Article in Italian]. **J Pediatr Neonat Individual Med.** Pavia, v. 3, n. 1, p. 1-7, jan./2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias:** guia de bolso. 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CADEMARTORI, B. G.; FARIAS, N. A. R.; BROD, C. S. Seroprevalence and risk factors to *Toxoplasma gondii* infection in pregnant women of Pelotas, South of Brazil. **Rev Panam Infectol.** v. 10, p. 30-35, 2008.

CAMPOS, F. A. *et al.* Incidence of congenital toxoplasmosis among infants born to HIV-coinfected mothers: case series and literature review. **Braz J Infect Dis.** Belo Horizonte, v. 18, n. 6, p. 609-617, jul. 2014.

CANTOS, G. A. *et al.* Toxoplasmose: ocorrência de anticorpos antitoxoplasma *gondii* e diagnóstico. **Rev Assoc Med Bras.** São Paulo, v. 46, n. 4, p. 335-41, 2000.

CAPOBIANGO, J.D. *et al.* Congenital toxoplasmosis in a reference center of Paraná, Southern Brazil. **Braz J Infect Dis.** Londrina, v. 18, n. 4, p. 364-371, mar. 2014.

CARELLOS, E.V.M.; ANDRADE, G.M.Q; AGUIAR, R.A.L.P. Avaliação da aplicação do protocolo de triagem pré-natal para toxoplasmose em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: estudo transversal em puérperas de duas maternidades. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 391-401, fev. 2008.

CARVALHO, A. M. S *et al.* Soroprevalência de toxoplasmose humana na cidade de Teresina no período de 2010 a 2014. **Revista Saúde e Pesquisa.** Teresina, v. 8, n. 3, p. 517-524, set./dez. 2015.

CASTILHO-PELLOSO, M. P.; FALAVIGNA, D. L. M.; ARAÚJO, S. M. DE; GUILHERME-FALAVIGNA, A. L. Monitoramento de gestantes com

toxoplasmose em serviços públicos de saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 38, n. 6, p. 532-533, 2005.

DIAS, R. A. F; FREIRE, R. L. Surtos de toxoplasmose em humanos e animais. **Semina: Ciências Agrárias**. Londrina, v. 26, n. 2, p. 239-248, abr./jun. 2005.

DIAS, R. C. F. Fatores associados à infecção por *Toxoplasma gondii* em gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Rolândia, Paraná. 2009. 59 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Ciência Animal, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, 2009.

EDUARDO, M. B. P. *et al.* Investigação do surto de toxoplasmose associado ao consumo de prato à base de carne crua (“steak tartar”), nos municípios de São Paulo e Guarujá-SP – novembro de 2006. **BEPA**. São Paulo, v. 4, n. 41, p. 1-7, maio 2007.

FEREZIN, R. I.; BERTOLINI, D. A.; DEMARCHI, I. G. Prevalência de sorologia positiva para HIV, hepatite B, toxoplasmose e rubéola em gestantes do noroeste paranaense. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 66-70, fev. 2013.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. *et al.* Toxoplasmose aguda: estudo da frequência, taxa de transmissão vertical e relação entre os testes diagnósticos materno-fetais em gestantes em estado da Região Centro-Oeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Campo Grande-MS, v. 27, n. 8, p. 442-449, maio 2005.

FILISSETTI, D.; CANDOLFI, E. Immune response to *Toxoplasma gondii*. **Ann Ist Super Sanita**, v. 40, p. 71-80, 2004.

GONTIJO-SILVA, M. *et al.* Optimizing the parasitological diagnosis of congenital toxoplasmosis. **Universitas: Ciências da Saúde**. Brasília, v. 11, n. 2, p. 75-81, jul./dez. 2013.

GONTIJO-SILVA, M. Fatores epidemiológicos e triagem neonatal associados à toxoplasmose gestacional e congênita em Gurupiri, Tocantins. 2014. 156 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina Tropical e Saúde Pública, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Tocantins, 2014.

GONTIJO-SILVA, M.; VINAUD, M. C; DE CASTRO, A. M. Prevalence of toxoplasmosis en pregnant women and vertical transmission of *Toxoplasma gondii* in patients from basic units of health from Gurupi, Tocantins, Brazil, from 2012 to 2014. **PLoS ONE**. Tocantins, v. 11, n.10, p. 1-15, nov. 2015.

GUO, M. *et al.* Prevalence and risk factor for *Toxoplasma gondii* infection in meat animals and meat products destined for human consumption. **J. Food Prot.** Maryland, v. 78, n. 2, p. 457-476, 2015. doi: 10.4315/0362-028X.JFP-14-328.

HARKER, K. S.; UENO, N.; LODOEN, M. B. *Toxoplasma gondii* dissemination: a parasite's journey through the infected host. **Parasite Immunology**. Califórnia, v. 37, p. 141-149, nov. 2014.

LIU, Q. *et al.* Diagnosis of toxoplasmosis and typing of *toxoplasma gondii*. **Parasites&Vectors**. Gansu Province, v. 292, n. 8, p. 1-14, 2015.

LOPES, F. M. R. *et al.* Factors associated with seropositivity for anti-*Toxoplasma gondii* antibodies in pregnant women of Londrina, Paraná, Brazil. **Mem Inst Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, v. 104, n. 2, p. 378-382, mar. 2009.

MORON, A. F.; CARVALHO, F. H. C.; SANTANA, R. M. Toxoplasmose. *In*: Schor N, editor. **Guia de obstetrícia**. São Paulo: Manole. p. 485-9, 2003.

MOURA, F. L. de *et al.* Prevalence and risk factors for *Toxoplasma gondii* infection among pregnant and postpartum women attended at public healthcare facilities in the City of Niterói, State of Rio de Janeiro, Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop**. v. 46, p. 200-207, 2013.

ORELLANA OCHOA, M. J. Prevalencia de *toxoplasma gondii* en mujeres de edad reproductiva en las parroquias 27 de Abril y Jimbura del cantón Espíndola de la provincia de Loja mediante ELISA IgG (Enzima Linked Immunosorbent Assay). 2014. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Bioquímica Farmacéutica, Área Biológica, Universidad Técnica Particular de Loja, Loja-equador, 2014.

PÔRTO, A. M. F. Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes atendidas no ambulatório pré-natal de uma maternidade-escola do Recife. 2005. 109 f.

Dissertação (Mestrado) – Saúde Materno-Infantil, Instituto Materno-Infantil, Recife, 2005.

REIS, M. M.; TESSARO, M. M.; D'AZEVEDO, P. A. Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes de um hospital público de Porto Alegre. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 158-164, mar. 2006.

RODRIGUES, Pedro Carvalho. **Bioestatística**. 3. ed. Niterói, RJ: EDUFF, 2002.

RODRIGUES, I. M. X. Avaliação de componentes da resposta imunológica de recém-nascidos expostos intraútero ao toxoplasma gondii. 2013. 121 f. tese (Doutorado) - Curso de Medicina Tropical e Saúde Pública, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

SARTORI, A. L.; MINAMISAVA, R.; AVELINO, M. M.; MARTINS C. A. Prenatal screening for toxoplasmosis and factors associated with seropositivity of pregnant women in Goiânia, Goiás. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 33, n. 2, p. 93-8, 2011.

SROKA, S. *et al.* Prevalence and risk factors for toxoplasmosis among pregnant women in Fortaleza, Northeastern Brazil. **Am J Trop Med Hyg**. Berlin, v. 83, n. 3, p. 528-33, 2010.

TORGERSON, P. R.; MASTROIACOVO, P. **The global burden of congenital toxoplasmosis: a systematic review**. Bull World Health Organ. Zurich, v. 91, p. 501-508, maio 2013.

VARELLA, I. S. *et al.* Seroprevalence of toxoplasmosis in pregnant women. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 69-74, 2003.

VAZ, R. S. *et al.* **Toxoplasmose Congênita: uma doença negligenciada? Atual política de saúde pública brasileira**. F Actions Sci Reports. 2011.

WUJCICKA, W.; WILCZYŃSKI, J.; NOWAKOWSKA, D. Do the placental barrier, parasite genotype and Toll-like receptor polymorphisms contribute to the course of primary infection with various *Toxoplasma gondii* genotypes in pregnant women? **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**. Lodz, v. 33, p. 703-709, 2014.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat07>

Jusimari Aparecida Estadler Candiotto

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

jusicandiotto@yahoo.com.br

Karen Gertrudes Baesso

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

karenbaesso@hotmail.com

Paola Rodegheri Galeli

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

paola.rga@gmail.com

Ioná Vieira Bez Birolo

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

ionavieira71@hotmail.com

Cristiane Damiani Tomasi

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

cdtomasi@unesc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) pode se enquadrar em várias categorias instituídas a partir da desigualdade entre os sexos, descendente da ideia hierárquica, em que o controle masculino prevalece nas relações entre os sexos. A violência pode ser caracterizada em qualquer ação baseada no gênero, que resulte em algum dano físico, sexual ou psicológico, independente do grau de instrução, situação financeira, religião ou cultura dos envolvidos. Trata-se de uma problemática complexa com raízes na inter-relação de fatores econômicos, culturais, biológicos, políticos e sociais (SILVA e OLIVEIRA, 2016; CORTES *et al.*, 2015)

Os atos violentos contra a mulher ocorrem em diferentes circunstâncias e cenários, afetando pessoas de ambos os sexos; mas podemos perceber que as mulheres são as maiores vítimas em todas as faixas etárias. A violência contra a mulher pode trazer várias consequências que vão das doenças sexualmente transmissíveis e aids, gravidez indesejada ao aborto inseguro, dos transtornos psicológicos e psiquiátricos pós-trauma e pode levar ao suicídio (BANDEIRA, 2014; LIMA e DESLANDER, 2014)

A violência contra a mulher pode ser descrita sob cinco diferentes formas: Violência financeira/patrimonial: Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares (BRASIL, 2009). Violência física: entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal (BRASIL, 2006). Violência moral: Prática atribuída a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher ou do homem (BRASIL, 2009). Violência psicológica: Pode ocorrer quando submetemos a pessoa a humilhações e ações ou omissões que causam danos à autoestima, à identidade e ao desenvolvimento da pessoa (BRASIL, 2007). A violência sexual: entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada (BRASIL, 2009).

Vários estudos feitos com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência seja ela doméstica ou sexual em diversas regiões do Brasil através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), revelam que: as mulheres entre 20 e 29 anos são as maiores vítimas desse tipo de violência, já no que se refere a etnia, as maiores vítimas são da raça/cor branca, seguidos de pardos e pretos, ressalta-se que em mais de 20% das notificações não havia informação de raça/cor. Grande parte dos atos de violência acontecem nas residências, seguido das vias públicas, em 16% das notificações não apresentavam informação referente ao local de ocorrência (BRASIL, 2011).

No que se refere ao combate à violência, a notificação é um instrumento duplamente importante, pois ela produz benefícios para os casos singulares, além de constituir instrumento de controle epidemiológico da violência – sendo que o profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar casos confirmados ou apenas suspeitos de violência e desempenha papel vital nessa área (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). Com a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência as autoridades responsáveis têm acesso a números mais realistas do problema, possibilitando assim ações específicas no combate à violência (GALINDO; SOUZA, 2013).

Todas as questões que a ficha de notificação possui estão subdivididas em campos, englobando dados de identificação, dados detalhados da ocorrência, dados sobre evolução e encaminhamento no setor de saúde e fora dele, além da circunstância da lesão. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (GARBIN *et al.*, 2015)

Com a descentralização e o uso sistemático do SINAN, houve a democratização da informação, assim todos os profissionais de saúde têm acesso à informação e as tornam disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (BRASIL, 2018).

Outro ponto que precisa ser levado em conta quando se fala sobre os dados no sistema de informação são aqueles dados da subnotificação. Em estudo realizado com vários profissionais de saúde que trabalham em unidades de saúde de Belo Horizonte, comprovou que a subnotificação está relacionada ao medo e ao fato de os profissionais estarem expostos aos possíveis agressores. A subnotificação não pode ser entendida como indicadora que os profissionais não se preocupem com a violência contra a mulher, assim como não dá para deduzir que aqueles profissionais que relatam não atender casos de violência neguem a existência do problema (KIND *et al.*, 2013).

Nos últimos 20 anos, obteve-se avanço considerável na atenção à violência contra a mulher após as conquistas dos movimentos feministas, convenções e encontros sobre o tema permitindo que os estados orientem competências políticas, institucionais, administrativas e responsabilizem agentes públicos em relação à superação de diferenças de gênero nas esferas do governo (MENEGHEL *et al.*, 2013).

Em agosto de 2006, o então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, sanciona a lei federal n. 11.340/2006 de Combate à Violência Doméstica e Familiar, batizada como Lei Maria da Penha, em homenagem à professora universitária cearense Maria da Penha Maia. A popular Lei Maria da Penha é reconhecida pela ONU como uma das três melhores legislações do mundo no enfrentamento à violência contra as mulheres – resultado de uma luta histórica dos movimentos feministas e de mulheres por uma legislação contra a impunidade no cenário nacional de violência doméstica e familiar contra a mulher (MORENO, 2015).

Apesar da lei ter o apoio significativo de toda a sociedade, sua implementação trouxe à tona muitas resistências. Resistências que conviviam com a aceitação da violência doméstica como crime de menor poder ofensivo e reforçavam as relações de dominação do sistema patriarcal. Deste modo, a Lei Maria da Penha veio para dar uma guinada na história da impunidade, por meio dela, mulheres em situação de violência ganharam direito e proteção; fortaleceu-se a autonomia das mulheres, vidas que possivelmente seriam perdidas passaram a ser preservadas (MORENO, 2015).

MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma abordagem de pesquisa quantitativa, do tipo descritiva, com dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN). A pesquisa foi coordenada pelo GECIES (Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, integralidade e educação na saúde), nas dependências do Núcleo de Saúde Coletiva, por duas acadêmicas de enfermagem.

Os dados foram coletados através do DATASUS – Base de dados nacional, de livre acesso, disponível *online*, através do SINAN, sistema em que são notificadas as violências doméstica, sexual e/ou outras violências, por profissionais dos serviços públicos e privados de saúde, através da ficha de notificação/investigação. Os dados coletados terão abrangência nacional. O estudo foi realizado a partir de notificações de casos de violência contra a mulher no Brasil registrados no SINAN-DATASUS de 2009 a 2014. Nesse período, o SINAN teve 765.174 registros de casos de violência no Brasil, sendo 535.820 referentes à violência contra a mulher. Nesse estudo serão utilizados apenas os registros de violência contra a mulher.

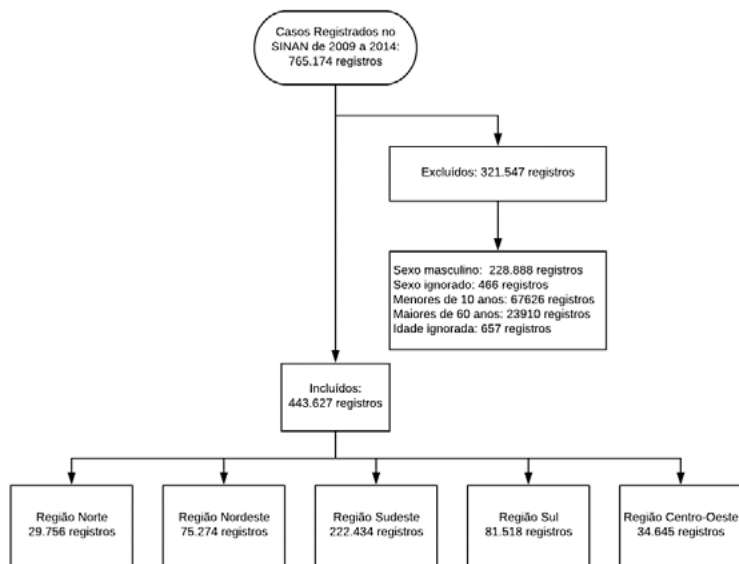
Após a extração dos dados do SINAN, utilizando o programa Tabwin, foi realizada a análise estatística. As variáveis nominais foram apresentadas com frequência absoluta e relativa. As comparações entre variáveis nominais foram realizadas por teste de Qui-quadrado, ou teste exato de Fischer, conforme indicado. Para análise de correlação foram utilizados os coeficientes de correlação (r) de Spearman, conforme indicado. Em todas as análises estatísticas foi considerada diferença estatisticamente significativa quando valor de $p < 0,05$. A análise estatística foi desenvolvida no *software* estatístico SPSS, versão 22.0.

Este trabalho propõe dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de submissão ao CEP. O motivo para tal diz respeito a utilização de dados de domínio público.

RESULTADOS

Realizou-se a análise dos dados na perspectiva quantitativa no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), através do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) sobre os registros de violência contra a mulher no Brasil. No período de 2009 a 2014, foram registrados um total de 765.174 notificações no SINAN. Neste estudo foram excluídos 321.547 registros por atender as seguintes condições: sexo masculino 228.888, sexo ignorado 466.00, menores de 10 anos 67.626, maiores de 60 anos 23.910, idade ignorada 687. Deste modo foram utilizados para a análise 443.627 registros, que quando distribuídos por região equivalem na região norte, 29.756; região nordeste, 75.274; região sudeste, 222.434; região sul, 81.518; região centro oeste, 34.645 registros (Figura1).

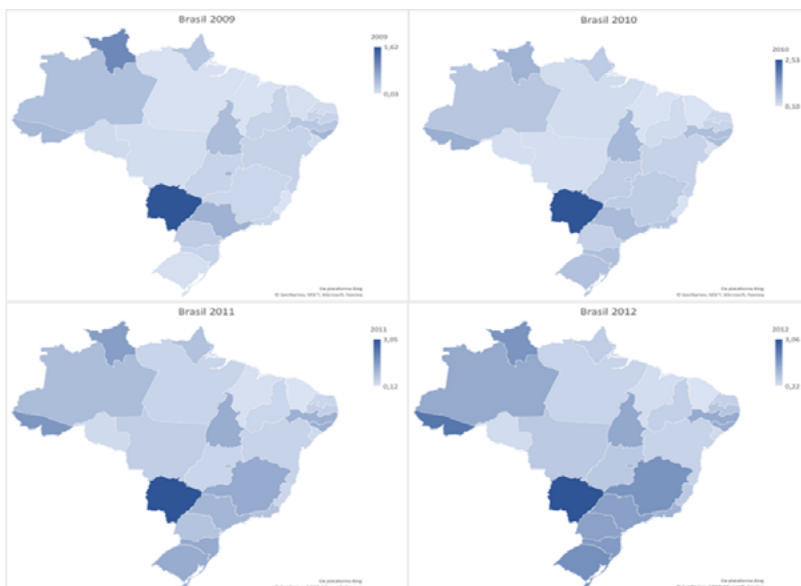
Figura 1: Fluxograma descritor da obtenção de dados para o estudo



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

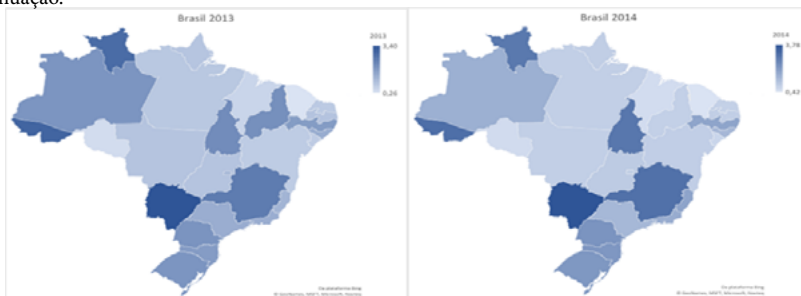
De acordo com o levantamento de dados na pesquisa do período de 2009 a 2014 no Brasil (Figura 2), observou-se que o estado de Mato Grosso do Sul no ano de 2009 obteve um coeficiente de 1,62 notificação de violência para cada mil mulheres. Nos anos seguintes, o estado do Mato Grosso do Sul continuou tendo os maiores coeficientes de notificação de violência para cada mil mulheres com os seguintes valores: 2010, 2,56/1.000 mulheres; 2011, 3,05/1.000 mulheres; 2012, 3,06/1.000 mulheres; 2013, 3,48/1.000 mulheres e 2014, 3,78/1.000 mulheres. Em 2013 se destaca o crescimento das notificações nos estados do Acre e Roraima e em 2014, além do aumento do coeficiente de notificação nesses estados, Tocantins também merece destaque com alto coeficiente de notificação. Ainda, em 2014 houve uma diminuição do coeficiente de notificação de violência entre as mulheres nos outros estados, mas os índices ainda apontam que em 2014 foi o ano em que houve maior número de registros de violência contra as mulheres.

Figura 2: Registro de violência por mil mulheres das unidades da federação de 2009 a 2014.



Continua...

Continuação.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Analisando os meios de agressão e o provável agressor (Tabela 1), verificou-se que entre as notificações de 2009 a 2014 no Brasil, o meio que mais teve registro foi a ameaça com 97.886 (22,06%) registros. Verificando os meios de agressão por região observamos que, em todas as regiões a ameaça configura como o meio de agressão mais utilizado quando se fala na violência contra a mulher. Em seguida, o meio de agressão que mais se destaca é o de objeto perfuro cortante e outros meios de agressão. Não são descritos no SINAN sobre o que se trata os outros meios de agressão.

No que se refere ao provável agressor da vítima de violência contra a mulher no Brasil entre os anos de 2009 e 2014 (Tabela 1), cônjuge aparece em primeiro lugar com 102.839 (23,18%) registros, analisando o provável agressor por região podemos identificar que o cônjuge aparece em primeiro lugar em todas as regiões. Também se verificou que amigos e conhecidos, assim como a própria pessoa aparecem como os prováveis agressores das mulheres vítimas de violência. Ressalta-se que quando o provável agressor é a própria vítima de violência, estes dados são referentes à tentativa de suicídio.

Tabela 1: Tipos de Meio e o Provável Agressor nas Regiões do Brasil

	Região N (%)					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	N (%)
Meios de Agressão						
Ameaça	8.995 (30,23)	15.006 (19,94)	45.371 (20,40)	21.818 (26,76)	6.696 (19,33)	97.886 (22,06)
Objeto Perfurocor- tante	3.198 (10,75)	8.963 (11,91)	14.932 (6,71)	6.551 (8,04)	4.285 (12,37)	37.929 (8,55)
Objeto Con- tundente	1.455 (4,89)	3.926 (5,22)	9.277 (4,17)	3.821 (4,69)	1.757 (5,07)	20.236 (4,56)
Enforcamen- to	1.228 (4,13)	2.241 (2,98)	10.840 (4,87)	3.462 (4,25)	1.937 (5,59)	19.708 (4,44)
Envenena- mento	1.193 (4,01)	6.274 (8,33)	16.193 (7,28)	7.500 (9,20)	1.779 (5,13)	32.939 (7,42)
Arma	1.000 (3,36)	4.897 (6,51)	4.483 (2,02)	2.149 (2,64)	1.727 (4,98)	14.256 (3,21)
Substância ou Objeto Quente	149 (0,50)	678 (0,90)	1.527 (0,69)	626 (0,77)	290 (0,84)	3.270 (0,74)
Outros Meios de Agressão	1.669 (5,61)	6.121 (8,13)	23.576 (10,60)	9.803 (12,03)	4.366 (12,60)	45.535 (10,26)

Provável Agressor						
Pai	826 (2,78)	1.803 (2,40)	6.415 (2,88)	4.223 (5,18)	1.488 (4,29)	14.755 (3,33)
Mãe	389 (1,31)	1.561 (2,07)	5.712 (2,57)	4.747 (2,57)	1.482 (4,28)	13.891 (3,13)
Padrasto	1.290 (4,34)	1.062 (1,41)	3.358 (1,51)	1.981 (2,43)	749 (2,16)	8.440 (1,90)

Continua...

PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE COLETIVA I

Cristiane Damiani Tomasi
Lisiane Tuon Generoso Bitencourt
Luciane Bisognin Ceretta
Paola Rodegheri Galeli

Continuação.

Provável Agressor

Madrasta	58 (0,19)	72 (0,10)	430 (0,19)	173 (0,21)	82 (0,24)	815 (0,18)
Cônjuge	5.780 (19,42)	14.120 (18,76)	54.538 (24,52)	20.566 (25,23)	7.835 (22,62)	102.839 (23,18)
Ex-Cônjuge	2.147 (7,22)	5.405 (7,18)	19.501 (8,77)	6.427 (7,88)	2.302 (6,64)	35.782 (8,07)
Namorado(a)	2.875 (9,66)	2.785 (3,70)	8.736 (3,93)	2.970 (3,64)	1.367 (3,95)	18.733 (4,22)
Ex-Namorado(a)	657 (2,21)	1.278 (1,70)	6.270 (2,82)	1.656 (2,03)	621 (1,79)	10.482 (2,36)
Amigos ou Conhecidos	5.730 (19,26)	7.980 (10,60)	25.549 (11,49)	8.869 (10,88)	3.885 (11,21)	52.013 (11,72)
Desconhecido	4.249 (14,28)	7.341 (9,75)	20.372 (9,16)	8.047 (9,87)	5.144 (14,85)	45.153 (10,18)
Cuidador	48 (0,16)	109 (0,14)	261 (0,12)	194 (0,24)	102 (0,29)	714 (0,16)
Patrão/Chefe	82 (90,28)	106 (0,14)	479 (0,22)	230 (0,28)	86 (0,25)	983 (0,22)
Pessoa com relação institucional	134 (0,45)	259 (0,34)	1.042 (0,47)	449 (0,55)	181 (0,52)	2.065 (0,47)
Própria Pessoa	1.557 (5,23)	7.097 (9,43)	26.891 (12,09)	14.160 (17,37)	4.449 (12,84)	54.154 (12,21)
Filho	224 (0,75)	696 (0,92)	4.087 (1,84)	1.722 (2,11)	675 (1,95)	7.404 (1,67)
Irmão	608 (2,04)	1.587 (2,11)	6.577 (2,96)	1.997 (2,45)	991 (2,86)	11.760 (2,65)
Policial ou Agente da Lei	115 (0,39)	241 (0,32)	679 (0,31)	260 (0,32)	145 (0,42)	1.440(0,32)
Outros vínculos	1.872 (6,29)	5.605 (7,45)	13.683 (6,15)	5.685 (6,97)	2.074 (5,99)	28.919 (6,52)

Fonte: Dados da pesquisa SINAN/DATASUS, 2009-2014. Os dados são apresentados frequência absoluta (n) e relativa (%) ou mediana e valores mínimo e máximo.

Nos dados referentes ao perfil sociodemográfico das vítimas de violência foram analisados, a raça, faixa etária e escolaridade (Tabela 2). Verificou-se que no Brasil, as mulheres da raça branca sofreram mais violência no período pesquisado com 183.956 (41,47%), depois temos a Parda com 143.344 (32,31%) registros e os Ignorados com 74.024 (16,69%) registros. Analisando os dados por região observou-se que a raça Parda tem maior evidência nas regiões norte, nordeste e centro oeste, 21.953 (73,77%); 33.799 (44,90%); 14.649 (42,28%) registros respectivamente, seguido da raça Branca nas regiões sul e sudeste, com 61.513 (75,46%) registros e 99.806 (44,87%) registros respectivamente e as raças ignorados/brancos teve maior registro na região nordeste com 24.988 (33,20%).

Analisando a escolaridade por região (Tabela 2), foi observado que no Brasil o maior registro está nos casos ignorados 167.514 (37,8%), em seguida o Ensino Fundamental II incompleto com 81.439 (18,36%) registros. Observando o nível de escolaridade por região percebeu-se que região norte e sul, os maiores registros são no ensino fundamental II incompletos 8.529 (28,66%) e 19.470 (23,88%) respectivamente. Nas demais regiões: nordeste, sudeste e centro-oeste, os casos cadastrados como ignorados e brancos tem os maiores números de registros (37.005 (49,02%); 92.770 (41,07%) e 13.486 (38,95%) registros respectivamente.

No que se refere à faixa etária no Brasil (Tabela 2), em que mais ocorreu a violência foi, de 20 a 29 anos com 127.140 (28,66%) registros, entre 30 e 39 anos com 102.170 (23,03%) registros e de 15 a 19 anos com 73.488 (16,57%) registros. Na região norte, a faixa etária com maior registro foi a de 10-14 anos com 9.375 (31,51%). Nas demais regiões a faixa etária com maior registro é a de 20-29 anos, região nordeste com 23.370 (31,05%), região sudeste com 65.528 (29,46%), região sul com 50.879 (25,61%), e na região centro-oeste com 9.944 (28,70%) registros respectivamente.

Tabela 2: Perfil socioeconômico da vítima de violência, nas diferentes regiões do Brasil de 2009 a 2014

	Região Norte N (%)	Região Nord- este N (%)	Região Sudeste N (%)	Região Sul N (%)	Região Cen- tro-Oeste N (%)	Brasil N (%)
Raça						
Branca	3.329 (11,19)	9.170 (12,18)	99.806 (44,87)	61.513 (75,46)	10.138 (29,26)	183.956 (41,47)
Preta	1.435 (4,82)	6.363 (8,45)	21.713 (9,76)	4.558 (5,59)	2.437 (7,03)	36.506 (8,23)
Amarela	227 (0,76)	664 (0,88)	1.369 (0,62)	376 (0,46)	394 (1,14)	36.506 (0,68)
Parda	21.952 (73,77)	33.799 (44,90)	61.788 (27,78)	11.156 (13,69)	14.649 (42,28)	143.344 (32,31)
Indígena	639 (2,15)	290 (0,39)	554 (0,25)	416 (0,51)	868 (2,51)	2.767 (0,62)
Ignorados/ Branco	2.174 (7,31)	24.988 (33,20)	37.204 (16,73)	3.499 (4,29)	6.159 (17,78)	74.024 (16,69)
Faixa Etária						
10-14 anos	9.375 (31,51)	9.593 (12,74)	22.639 (10,18)	12.040 (14,77)	5.241 (15,13)	58.888 (13,27)
15-19 anos	5.575 (18,74)	12.550 (16,67)	35.202 (15,83)	13.777 (16,90)	6.384 (18,43)	73.488 (16,57)
20-29 anos	7.419 (24,93)	23.370 (31,05)	65.528 (29,46)	20.879 (25,61)	9.944 (28,70)	127.140 (28,66)
30-39 anos	4.728 (15,89)	17.716 (23,54)	54.595 (24,54)	17.706 (21,72)	7.425 (21,43)	102.170 (23,03)
40-49 anos	1.940 (6,52)	8.626 (11,46)	30.348 (13,64)	11.363 (13,94)	3.847 (11,10)	56.124 (12,65)
50-59 anos	719 (2,42)	3.419 (4,54)	14.122 (6,35)	5.753 (7,06)	1.804 (5,21)	25.817 (5,82)

Escolaridade

Continua...

PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE COLETIVA I

Cristiane Damiani Tomasi
Lisiane Tuon Generoso Bitencourt
Luciane Bisognin Ceretta
Paola Rodegheri Galeli

Continuação.

	Região Norte N (%)	Região Nord- este N (%)	Região Sudeste N (%)	Região Sul N (%)	Região Cen- tro-Oeste N (%)	Brasil N (%)
Analfabeto	401 (1,35)	1.252 (1,66)	1.658 (0,75)	883 (1,08)	374 (1,08)	4.568 (1,03)
Ensino Fundamental I Incompleto	2.739 (9,20)	4.824 (6,41)	11.312 (5,09)	7.596 (9,32)	2.311 (6,67)	28.782 (6,49)
Ensino Fundamental I Completo	1.688 (5,67)	2.331 (3,10)	7.978 (3,59)	4.344 (5,33)	1.331 (3,84)	17.672 (3,98)
Ensino Fundamental II Incompleto	8.529 (28,66)	12.758 (16,95)	33.569 (15,09)	19.470 (23,88)	7.113 (20,53)	81.439 (18,36)
Ensino Fundamental II Completo	1.926 (6,47)	3.266 (4,34)	16.708 (7,51)	8.624 (10,58)	2.005 (5,79)	35.529 (7,33)
Ensino médio incompleto	3.113 (10,46)	4.829 (6,42)	19.790 (8,90)	8988 (11,03)	3.424 (9,88)	40.144 (9,05)
Ensino médio completo	3.244 (10,90)	6.400 (8,50)	29.310 (13,18)	10.311 (12,65)	3.137 (9,05)	52.402 (11,81)
Educação superior incompleta	653 (2,19)	1318 (1,75)	4278 (1,92)	2028 (2,49)	872 (2,52)	9.149 (2,06)
Educação superior completa	483 (1,62)	1.255 (1,67)	4.986 (2,24)	1.965 (2,41)	570 (1,65)	9.259 (2,09)
Não se aplica	11 (0,04)	36 (0,05)	75 (0,03)	25 (0,03)	22 (0,06)	169 (0,04)
Ignorado/ Branco	6.969 (23,4)	37.005 (49,2)	92.770 (41,7)	17.284 (21,2)	13.486 (38,9)	167.514 (37,8)

Fonte: Dados da pesquisa SINAN/DATASUS, 2009-2014. Os dados são apresentados frequência absoluta (n) e relativa (%) ou mediana e valores mínimo e máximo.

Na tabela 3, os tipos de violência mais frequentes na ocorrência de violência sexual são violência psicológica-moral (41,5%) e física (37,8%), respectivamente. Também se apresenta com alta frequência a violência de repetição (41,5%). A estimativa de risco indica que mulheres que sofrem violência física e violência de repetição têm risco 4,5 (IC95% 4,43-4,56) e 1,4 (IC95% 1,38-1,42) vezes maior de sofrer também violência sexual, respectivamente. Já o fato de sofrer violência financeira, psicológica-moral e tortura, são fatores de proteção contra a violência sexual. Não houve associação significativa entre negligência/abandono e violência sexual.

Tabela 3: Comparação entre Violência Sexual e outras violências concomitantes

	Violência Sexual n (%)		Valor de p	RR (IC 95%)
	Sim	Não		
Tipo de violência				
Financeira	1.672 (2,6)	5.167 (1,7)	<0,001*	0,69 (0,66-0,72)
Física	24.821 (37,8)	251.335 (80,7)	<0,001*	4,5 (4,43-4,56)
Negligência/abandono	2.282 (3,6)	10.984 (3,5)	0,656	0,99 (0,95-1,04)
Psicológica-moral	27.102 (41,5)	109.000 (35,2)	<0,001*	0,80 (0,79-0,81)
Tortura	5.191 (8,2)	8.874 (2,9)	<0,001*	0,44 (0,43-0,45)
Violência de Repetição	25.238 (41,5)	123.334 (52,1)	<0,001*	1,4 (1,38-1,42)

Fonte: Dados da pesquisa SINAN/DATASUS, 2009-2014. Os dados são apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). A comparação entre os grupos foi realizada por teste exato de Fisher, e calculada a estimativa de risco (bruto), apresentando o risco relativo (RR) e intervalo de confiança (IC) de 95%.

*Diferença estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

Este estudo também revela que a violência física é o tipo mais utilizado pelos agressores, ela aparece em destaque com o maior número de registros no Brasil, com 321.045 (72,37%), seguida da violência psicológica-moral com 150.815 (34,00%) e a sexual 71.311 (16,07%) registros. Assim como em todas as regiões, destaca-se na região sul se verifica a maior frequência de violência de repetição 36.028 (44,2%). No Brasil, identificou-se que o estupro aparece

com maior frequência, 55.803 (78,37%) registros, seguido de assédio sexual com 13.224 (18,57%) e atentado violento ao pudor com 7.329 (10,32%) registros respectivamente, verificou-se que entre os anos de 2009 e 2014 o estupro aparece em primeiro lugar, seguido do assédio sexual e atentado violento ao pudor em todas as regiões.

No Brasil e em todas as regiões o encaminhamento ambulatorial aparece em primeiro lugar com 205.914 (46,42%), seguidos de ignorados e brancos com 125.940 (28,39%) e não se aplica com 64.918 (14,63%) de registros respectivamente. Em relação a evolução dos casos de violência no Brasil, a Alta está em primeiro lugar com 335.294 (75,58%) registros, seguido dos ignorados e branco com 98.081 (22,11%) registros e da evasão/fuga 6.543 (1,47%) registros. Nos anos de 2009 a 2014, a evolução dos casos nas regiões norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste, seguiram os mesmos padrões de registros do Brasil. Vale ressaltar o alto índice de ignorados e brancos tanto nos encaminhamentos aos serviços de saúde, como na evolução dos casos, isso pode demonstrar um despreparado dos profissionais de saúde no preenchimento da ficha de notificação de agravos.

Outro ponto analisado verificou-se que mulheres que sofrem violência financeira/econômica, sexual, psicológica-moral, negligência/abandono e violência de repetição têm risco 3,08 (IC95% 1,93-4,90), 5,22 (IC95% 4,30-6,32) 4,31 (IC95% 3,85-4,82), 1,73 (IC95% 1,32-2,26) e 4,71 (IC95% 4,25-5,22) vezes maior de óbito relacionado à violência, respectivamente. Já tortura, lesão autoprovocada e violência física são fatores de proteção para óbito relacionado à violência e a violência por intervenção legal não foi associada ao óbito relativo à violência.

De acordo com os resultados apresentados no estudo, foi observado que no Brasil, no decorrer dos anos houve um aumento na notificação dos casos de violência contra a mulher, em concordância com outro levantamento realizado (BRASIL, 2015), em que ficou demonstrado um aumento do número de municípios que registraram notificações de violência doméstica. Ao ser analisado o número de notificações por região, ficou constatado que em ambos os estudos as regiões com mais registros foram, a região sudeste, seguida da re-

gião sul e depois da região nordeste. Segundo outro estudo (BRASIL, 2013), os estados com maior razão de notificação por 100 mil hab. foram Mato Grosso do Sul, seguido de Roraima e Rio Grande do Sul, assim como também demonstra que os estados do Ceará, Maranhão e Rondônia apresentaram a menor razão de notificação em estudo realizado no período de 2009-2011.

Sabe-se que ainda há receio, entre as mulheres, quanto a notificação de violências, contudo ressaltam-se as campanhas de prevenção de violências, e incentivo às notificações, além dos vários marcos ao longo dos anos, o que explica o aumento do número de notificações. O crescente número de casos notificados também é evidenciado em outro trabalho (BARUFALDI *et al.*, 2017). Cabe ressaltar que essa pesquisa foi desenvolvida com dados notificados, o que não reflete todos os casos de violência que ocorrem em território nacional, mas retrata a realidade daqueles notificados aos serviços.

No que se refere ao tipo de violência e os meios de agressão mais frequentes, ficou evidente que a violência física, seguida da psicológica-moral aparece em todas as regiões como a mais registrada, assim como no estudo realizado em 2014 (BRASIL, 2015). Em outro trabalho (SILVA e OLIVERIA, 2016), a violência psicológica apresentou-se em terceiro lugar, diferenciando deste estudo, porém, o autor faz uma observação, devido a convivência da vítima com seu agressor, fica difícil identificar quando começa a violência psicológica, tornando-a mais degradante que a violência física.

Em relação as violências de repetição a região sul é a que mais tem registros, em estudos realizados em 2016 com dados provenientes do SINAN e SIM (BARUFALDI *et al.*, 2017), revelou que o óbito ocorreu em 15,9% dos casos em que a mulher foi vítima da violência de repetição, o que evidencia a fragilidade da rede de atenção e proteção a essas mulheres em situação de violência. Neste estudo, o meio de agressão que mais teve registro em todas as regiões foi o de ameaça, diferentemente do que encontrou outro autor (AMARAL *et al.*, 2016), que evidenciou que a agressão física aparece em primeiro lugar, com um aumento no uso de armas de fogo.

O perfil sociodemográfico encontrado neste estudo, demonstra que o maior número de registros no Brasil ocorre entre mulheres brancas, diferentemente do que mostra o estudo (BARUFALDI *et al.*, 2017), onde foi encontrado que as mulheres negras têm a maior taxa de mortalidade, com exceção das idosas, cuja taxa é maior entre mulheres brancas. Outro estudo (DELZIOVO *et al.*, 2018) realizado sobre os casos de violência sexual contra mulheres, notificado pelos serviços públicos de saúde de Santa Catarina demonstrou que a grande maioria é entre mulheres brancas, porém se faz uma ressalva que esse resultado pode ter a ver com predominância da população do estado que é de descendência europeia. Em estudo realizado em João Pessoa, demonstrou que 48% das mulheres eram brancas, mas com uma ressalva, esse dado pode estar mascarado, pois essa variável da pesquisa era autorreferida, muitas mulheres podem pertencer a outra etnia (LUCENA *et al.*, 2017).

Quanto ao grau de escolaridade, este estudo evidenciou que nas regiões sul e norte a grande maioria das vítimas tinham o ensino fundamental II incompleto com os maiores índices, enquanto, nas demais regiões, o dado aparece como ignorado ou em branco. Diferentemente do que foi encontrado em outro estudo (LUCENA *et al.*, 2017), onde tanto as mulheres com nível superior de estudo e as que possuíam apenas o fundamental incompleto apresentaram os mesmos dados de violência. Outra pesquisa comprova que o ensino médio completo apareceu com maior destaque. Ficou evidente após análise desses estudos que independente da região e do nível de escolaridade da mulher, a violência atinge a todos, sem levar isso em conta (SILVA e OLIVEIRA, 2016).

Seguindo com a análise sobre a faixa etária das vítimas de violência, observou-se que no Brasil a faixa de 20 a 29 anos é a que ocorre violência com mais frequência (28,66%). Conforme o boletim epidemiológico (BRASIL, 2017), a proporção de casos notificados com maior número de ocorrência de violência contra a mulher foi entre jovens adultas na faixa etária de 20 a 29 anos (24,4%) e 30 a 39 (18,9%). Este dado também é confirmado por estudo realizado em Chapadão do Sul (MS) no período de 2009-2011 fica evidente que as maiores vítimas de violência contra a mulher são na faixa etária de 20-29 anos, seguido de 30-39 anos (GALINDO e SOUZA, 2013). Em 2015, as maiores

notificações de violência foram com as mulheres, entre a idade 20 a 59 anos, representando 67,1% dos casos, seguida das adolescentes (BRASIL, 2018).

De acordo com os resultados apresentados neste estudo, o provável agressor da vítima de violência no Brasil, em todas as regiões é o cônjuge. Na análise de situação de saúde (BRASIL, 2018), fica evidente que o provável agressor de violência contra a mulher foi o parceiro íntimo com 33,8% dos casos notificados. Observou também que na violência cometida contra a mulher, o indivíduo tem vínculo afetivo com as vítimas (33,4%) ou amigo/conhecido (11,7%) (BRASIL, 2015).

Outros autores evidenciaram em suas pesquisas que, o provável agressor fazia parte do convívio da vítima, eram conhecidos ou possuíam vínculos afetivos com elas, como o cônjuge ou ex-cônjuge e que os mesmos eram do sexo masculino em 63,2% (CERVANTES; JORNADA; TREVISOL, 2012; SINIMBU *et al.*, 2016). Em outro estudo o autor relata que ficou evidente que agressor varia de acordo com a faixa etária da vítima, sendo que nas crianças o autor mais comum foi pai/padrasto (41,4%); já nas adolescentes e adultas o agressor aparece como sendo o parceiro íntimo, com 39,9% e 59,9% respectivamente (BARUFALDI *et al.*, 2017).

Analisando os dados, observou-se que o encaminhamento ambulatorial é o mais evidenciado em todo o Brasil, com 46,42% no ano de 2009 a 2014, na prestação de atendimento às vítimas de violência contra a mulher. Sobre os dados de evolução dos casos observou-se que a Alta está em maior evidência em todas as regiões com 75,58%. O acompanhamento ambulatorial e a alta foram os principais desfechos dos casos notificados no estudo realizado em Tubarão-SC (BRASIL, 2013). Podemos analisar em outro estudo que a maioria das notificações indica alta na evolução do caso com 55,8%. E que 1/3 das notificações não está informando a evolução do caso (AMARAL *et al.*, 2016).

No estudo realizado em Chapadão do Sul-MS, verifica-se que existe a necessidade do encaminhamento ambulatorial as vítimas de violência, e conforme alguns casos devido a razão da gravidade da agressão se fazem necessário a internação hospitalar. Já sobre a evolução os autores também constataram em seu estudo que os casos evoluíram para a alta (GALINDO e SOUZA, 2013).

Em análise em documentos referentes às vítimas de violência atendidas em hospital público de Fortaleza (CE), entre os anos de 2010-2013, apesar de terem sido identificados alguns encaminhamentos ambulatoriais e de internação, assim como outros serviços, os dados mostram-se frágeis, de acordo com os encaminhamentos das vítimas dentro do próprio hospital (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017). Destaca-se a importância da continuidade do atendimento a vítima, assim como também de sua família, esse atendimento realizado por outros serviços de saúde ajuda a diminuir os danos provocados e restaurar projetos futuros.

Para alguns autores, há um despreparo dos profissionais de saúde que atendem vítimas de violência nas UBS, assim como um despreparo e fragilidade na formação acadêmica, pois os temas referentes a violação de direitos como um todo quase sempre não fazem parte dessa formação e que alguns profissionais têm dificuldade em imaginar a violência doméstica como um problema de saúde, isso pode ser atribuído à falta de capacitação ou ainda a desinformação de que existem serviços especializados no atendimento as mulheres vítimas de violência, dificultando a assistência prestada a elas. Ainda, fica evidente que os profissionais conhecem a questão da notificação, mas não sabem do aspecto obrigatório de fazê-la (FEITOSA *et al.*, 2017; QUADROS *et al.*, 2013).

Diferentemente do que foi encontrado em estudo realizado no período de 2008-2013, onde ficou demonstrado um aumento no número das notificações de violência sexual contra a mulher em Santa Catarina, que sugere um fortalecimento da vigilância da violência sexual contra a mulher pelos serviços de saúde. Esse resultado pode ser atribuído as ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde juntamente com o Ministério da Saúde e municípios, com a descentralização do SINAN e das capacitações que o estado fez com o objetivo de sensibilizar os profissionais e prepará-los para realizar a notificação da violência (DELZIOVO *et al.*, 2018).

Conforme o estudo, no Brasil, verificou-se que o tipo de violência sexual praticado contra a mulher é o estupro com 78,37%. Conforme mencionado na Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), o estupro é definido

como todo ato sexual ou tentativa para obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção. Estudo realizados com dados do SINAN, mostra que 14,2 mulheres/dia são notificadas como vítimas de estupro e que o sexo masculino são os maiores agressores em 94,1% dos casos de estupro, analisando os dados descritos pelos autores se consegue identificar que os índices de estupro estão cada mais elevados na violência contra a mulher (FACURI *et al.*, 2013; CERQUEIRA; COELHO, 2014).

No presente estudo os tipos de violência mais concomitante com a violência sexual, foi a psicológica-moral (41,5%), física (37,8%) e a de repetição (41,5%). Em pesquisa publicada em 2017 (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017), ficou demonstrado que, as mulheres que sofreram violência sexual também sofriam outros tipos de violência, tais como física, psicológica/moral, tortura, financeira e negligência. Destaca-se que as adolescentes relatam ter sofrido mais que um tipo de violência juntamente com a sexual, comparada as mulheres adultas. O presente estudo evidencia o aumento no risco de violência sexual quando da ocorrência de violência física e de repetição.

No período de 2011-2013 Roraima apresentou as maiores taxas de mortalidade por 100 mil mulheres (10,35), seguido de Espírito Santo (9,84) e Goiás (9,55), diferentemente do que encontramos nesse estudo onde Mato Grosso do Sul aparece em primeiro lugar nos índices de mortalidade no período de 2009-2014 (CERVANTES; JORNADA; TREVISOL, 2012). O Mapa da Violência 2015 registrou um crescimento no número de mortes nos anos de 2003 e 2013, com os seguintes valores: 4,4 e 4,8 por 100 mil mulheres, um crescimento de 8,8% na década (WASELFISZ, 2015).

Quando o assunto é óbito feminino por violência, um estudo realizado entre os anos de 2002-2012 que indicou um aumento na taxa de mortalidade de mulheres com idade de 20 a 59 anos, sendo que no ano de 2002 essa taxa era de 5,84 passando para 6,16 por 100 mil mulheres em 2012. Ainda em seu estudo, o estado que obteve as maiores taxas de óbitos de mulheres, foi o Espírito Santo. Ao analisar a mortalidade feminina por região, o centro-oeste

aparece em destaque com as maiores taxas registradas, já a região sudeste teve uma pequena redução (LEITE *et al.*, 2017).

Já outro levantamento realizado sobre a taxa de mortalidade de mulheres por agressão nos anos de 2001-2011, avaliaram o período entre os anos de 2001-2006 que apresentou a variação entre 5,46 e 5,02 óbitos por 100 mil mulheres. Somente em 2007 que houve uma pequena redução nas taxas, passando para 4,74 óbitos por 100 mil mulheres, isso após a vigência da Lei Maria da Penha, porém nos anos seguintes foram registradas taxas de mortalidade parecidas com os valores anteriores. Ainda, o presente estudo evidencia o aumento do risco de morte relacionada à violência quando a mulher é vítima de violência financeira/econômica, sexual, psicológica-moral, negligência/abandono e violência de repetição (GARCIA, FREITAS e HOFELMANN, 2013).

CONCLUSÃO

Os movimentos feministas possibilitaram a criação de estratégias e políticas públicas para que mulheres em situação de violência pudessem romper o silêncio que era restrito apenas ao lar. Políticas, leis e programas de proteção favorecem a possibilidade de denúncia.

O presente estudo proporcionou explorar o fenômeno complexo que é a violência contra a mulher, permitindo perceber que a mesma ocorre em diversos espaços da sociedade, de forma visível ou invisível.

O estudo demonstrou que essa violência ocorre em todas as regiões, classes sociais, condições financeiras, escolaridade e idade. Conclui-se também, ao final deste estudo, que o autor de violência frequentemente faz parte do convívio social da mulher e que a violência física quase sempre é a que mais ocorre – e, quando ocorre a violência sexual, o desfecho na sua grande maioria é o estupro.

Ficou evidente que os campos que não são preenchidos na ficha de notificação impossibilitam que se obtenha dados mais concretos sobre a violência contra a mulher para que, assim, seja possível prestar um atendi-

mento melhor às vítimas. Capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento da ficha de notificação iria contribuir para um melhor atendimento à vítima de violência, pois, assim, a vítima receberia o correto encaminhamento.

Este estudo também aponta para o maior risco de violência sexual, quando da ocorrência de violência física e de repetição. Além de apontar de maior risco de morte relacionada à violência quando a mulher é vítima de violência financeira/econômica, sexual, psicológica-moral, negligência/abandono e violência de repetição.

Os campos que não são preenchidos na ficha de notificação impossibilitam que se obtenha dados mais concretos sobre a violência contra a mulher para que, assim, seja possível prestar atendimento efetivo. Capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento da Ficha de Notificação contribui para um melhor atendimento, correto encaminhamento e possível enfrentamento do fenômeno da violência contra a mulher”.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Luana Bandeira de Mello *et al.* Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: Perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Revista Estudos Feministas**, v. 24, n. 2, p. 521-540, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521>.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922014000200008>.

BARUFALDI, Laura Augusta *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>.

BRASIL. Secretaria da Saúde. Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/culturapaz/Mulher.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL, Presidência da República. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL, Presidência da República. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Diário Oficial da União. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011. v. 44, n. 9, 2013. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--9----VIVA-SINAN.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo Santa Cruz. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde1 (versão preliminar). IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2014. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/21/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-da-saude>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CERVANTES, Grazielle Vidoto; JORNADA, Luciano Kurtz; TREVISOL, Fabiana Schuelter. Perfil epidemiológico das vítimas de violência notificadas pela 20ª Gerência Regional de Saúde de Tubarão, SC. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, n. 56, p. 325-329, 2012.

CORTES, Laura Ferreira et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 77-84, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>.

DELZIOVO, Carmem Regina *et al.* Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100003>.

FACURI, Cláudia de Oliveira *et al.* Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000900008>.

FEITOSA, Ariel Luiza Xavier *et al.* Atendimento à mulher que sofre violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família. **Unit - Universidade Tiradentes**, p.1-4, 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/6030/2384>> Acesso em: 15 abr. 2019.

GALINDO, Selo da Rosa Weber; SOUZA, Marta Rovey de. O perfil epidemiológico dos casos notificados por violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS). BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impr.) 2013. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000400007&lng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2019.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>.

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 383-394, 2013. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742013000300003>.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000100032>.

KIND, Luciana *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00096312>.

LEITE, Franciele Marabotti Costa *et al.* Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2971-2978, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.25702016>.

LIMA, Claudia Araújo de; DESLANDES, Suely Ferreira. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor da saúde na década de 2000. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 787-800, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902014000300005>.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de *et al.* Association between domestic violence and women's quality of life. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 691-700, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000300015>

MORENO, Renan de Marchi. **Eficácia da lei maria da penha**. **DireitoNet** 2014. Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/8757/A-eficacia-da-Lei-Maria-daPenha>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; LIMA, Rebeca Fernandes Ferreira; MORAIS, Normanda Araújo de. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.37, n.4, p.956-969, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003652016>.

SILVA, Lúcia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1-2, 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200012>.

SINIMBU, Raniela Borges *et al.* Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. **Revista Saúde em Foco**. 2016. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199/178>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

QUADROS, Maria Eunice Ferreira *et al.* Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 45-46, 2013. <http://dx.doi.org/10.5902/217976928359>.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília: Flacso Brasil, 2015. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. 2002. 334 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf> Acesso em: 15 abr. 2018.

SOROPREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM REEDUCANDOS DO PRESÍDIO REGIONAL DE CRICIÚMA/SC E PENITENCIÁRIA FEMININA DE CRICIÚMA/SC

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat08>

Patriny Luiz Clezar

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

patriny_tiny@hotmail.com

Haylla Santos de Sousa

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

aideehailla@hotmail.com

Emanuel de Souza

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

emanuel@unescc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica a qual apresenta como agente etiológico o *Treponema pallidum*, podendo afetar diversos sistemas e órgãos, como pele, fígado, coração e sistema nervosa central. Tornou-se conhecida na Europa, no final do século XV, e alastrou-se pelo mundo transformando-se em uma doença endêmica no século XIX (AVELEIRA, BOTTINO, 2006).

Os casos de sífilis têm aumentado ano a ano no mundo, no Brasil e em Santa Catarina. A estimativa da Organização Mundial da Saúde é que 937 (novecentos e trinta e sete) mil pessoas são infectadas a cada ano no país. Em Santa Catarina, nos últimos cinco anos (2010-2015), 15.797 (quinze mil, setecentos e noventa e sete) pessoas foram diagnosticados com sífilis adquirida. Além desses, foram 3.339 (três mil e trezentos e trinta e nove) novos casos em gestantes (notificadas separadamente) no mesmo período. Os números de sífilis congênita (transmissão da doença da mãe para o bebê) também se elevaram, passando de 76 (setenta e seis) casos em 2010 para 475 (quatrocentos e setenta e cinco) casos em 2015, acrescentou aproximadamente 5 (cinco) vezes. Em relação aos dados de 2015, foram registrados 5.706 (cinco mil e setecentos e seis) novos casos de sífilis adquirida, um crescimento de 53,5% em comparação aos casos notificados no ano anterior no ano anterior, quando foram notificados 3.716 (três mil e setecentos e dezesseis) casos. Em relação às gestantes (notificadas separadamente), o aumento do número de novos casos foi 61%, passando 777 (setecentos e setenta e sete) em 2014 para 1.254 (mil duzentos e cinquenta e quatro) em 2015. Já a sífilis congênita apresentou crescimento de 75%, com 475 (quatrocentos e setenta e cinco) novos casos notificados em 2015 e 272 (duzentos e setenta e dois) em 2014 (SANTA CATARINA, 2017).

Verifica-se que houve um aumento da sífilis no Brasil em 68,2% em 2013, com aumento de 55,7 % nos casos entre os homens e 97,7% entre as mulheres, das notificações em relação ao ano anterior (BRASIL, 2014).

Acredita-se que ocorram anualmente 12 (doze) milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% deles nos países em desenvolvimento. As estimativas apontam a sífilis congênita como responsável por mais de 500 (quinhentas) mil mortes fetais por ano no mundo (CAMPOS *et al.*, 2010).

Destaca-se por ser uma doença cosmopolita a qual atinge todas as classes sociais. A fonte de infecção é exclusivamente humana, bem como são contagiosas as manifestações primária e secundária. Não confere imunidade, sendo, portanto, possível a reinfecção e sobreinfecções. São mais acometidos aos jovens, principalmente entre 15 (quinze) e 25 (vinte e cinco) anos de idade, eis que possuem atividade sexual mais recorrente (BELDA *et al.*, 2009).

A sífilis é transmitida, sobretudo, por via sexual, transfusional sanguínea, verticalmente na gestação, inoculação por via indireta por meio de objetos contaminados como agulhas, em procedimentos de introdução de “piercing” e de tatuagens. Ademais, a doença tem uma evolução alternada entre períodos de atividade bem definidos com sinais clínicos, imunológicos e histopatológicos que estabelecem três formas da doença: a sífilis primária; a sífilis secundária e a sífilis terciária (AVELHEIRA, 2006).

Não existe nenhum limite estabelecido entre a sífilis primária e secundária. O cancro inicial pode estar presente em um terço dos pacientes com sífilis secundária. Além disso, a lesão inicial poderá ser cicatrizada entre 8 (oito) semanas antes que os sinais cutâneos surjam. Em média, após um período de latência de 6 (seis) a 8 (oito) semanas, a infecção entrará novamente em atividade (SINGH; ROMANOWSKI, 1999, AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis primária é definida por uma lesão específica. O cancro duro surge no local da inoculação – 95% dos casos na região genital – em média 3 (três) semanas após a infecção. No homem, a lesão é mais comum no sulco balanoprepucial, prepúcio e meato uretral. Na mulher, ocorrem nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino (CONTRERAS *et al.*, 2008).

A inoculação inicial do *Treponema pallidum* ocorre por contágio sexual por meio de lesões microscópicas ou aparentes na pele ou nas mucosas.

A ulceração (cancro), a linfadenopatia regional e a espiroquetemia caracterizam a sífilis primária. O período de incubação da bactéria é de 9 (nove) a 90 (noventa) dias. Todavia, a úlcera desaparece em torno de 3 (três) semanas. No período entre 7 (sete) a 10 (dez) dias após a infecção, ocorre a disseminação bacteriana por via linfática a partir do sítio de inoculação, do cancro, o que desencadeia uma resposta imune que é caracterizada pelo desenvolvimento da linfadenopatia regional (CARLSON *et al.*, 2011).

A sífilis secundária é acompanhada de poliadenomegalia generalizada e possui alguns sintomas inespecíficos, tais como: mal-estar, astenia, anorexia, febre baixa, cefaleia, meningismo, artralgias, mialgias, faringite, rouquidão, hepatoesplenomea (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Após o período de 6 (seis) a 8 (oito) semanas de latência, a doença ingressa novamente em atividade. Nessa fase, o acometimento estará localizado na pele e órgãos internos, correspondendo à distribuição da bactéria *Treponema pallidum* pelo corpo (CONTRERAS *et al.*, 2008).

Na sífilis terciária, os indivíduos poderão estar na fase de desenvolvimento de lesões na pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso, ossos, músculos e fígado. Nessa fase, haverá ausência de grande parte de treponemas, e a formação de granulomas destrutivos (gomas). As lesões são únicas ou em pequeno número, endurecidas apresentando pequena inflamação e possui propensão à cura no centro da lesão. Pode agredir a língua com espessamento e endurecimento do órgão. Porém, a lesão não causa dor. O palato pode ser invadido por lesões gomosas e destruída a base óssea do septo nasal (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis congênita tem o *Treponema pallidum* presente na corrente sanguínea da gestante infectada, atravessando a barreira placentária via corrente sanguínea, atingindo o feto. Além do mais, a transmissão pode ocorrer em qualquer momento da gestação. Ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será acometido (LAFOND; LUKEHART, 2006).

A disseminação do *Treponema pallidum* através da placenta procede em sífilis congênita. O risco de contaminação fetal depende do estágio da infecção em que a mãe se encontra e também da idade gestacional em que ocorre a exposição fetal. A infecção transplacentária pode ocorrer durante as fases primária, secundária, latente precoce e latente tardia da sífilis materna.

Pelo fato de o sistema imunológico fetal ser extremamente fraco, na fase inicial da gravidez, a resposta inflamatória só se torna eficaz em torno de 18 (dezoito) a 22 (vinte e duas) semanas de gestação. Após este período surgem as manifestações da sífilis congênita. Com a presença do processo inflamatório decorrente da presença do *Treponema pallidum*, acaba reduzindo a passagem sanguínea para o feto, que pode estar afetando o crescimento ou mesmo causando a morte do feto. Crianças acometidas pela sífilis congênita exibem nos dois primeiros anos de vida hepatoesplenomegalia, anemia, icterícia, prurido, rinite e pseudoparalisia. Após os dois primeiros anos de vida, a criança pode apresentar manifestações neurológicas tratáveis, retardo no desenvolvimento e problemas músculo esqueléticos (BLENCOWE *et al.*, 2011).

O diagnóstico laboratorial da sífilis e a escolha dos exames laboratoriais mais adequados deverão respeitar a fase evolutiva da doença. Na sífilis primária e em algumas lesões da fase secundária, o diagnóstico poderá ser direto, ou seja, feito pela demonstração do treponema. A utilização da sorologia poderá ser feita a partir da segunda ou terceira semana após o aparecimento do cancro, quando os anticorpos começam a ser detectados (AZULAY, 2004; SANCHEZ, 2003; ROTTA, 2005).

O diagnóstico da sífilis é fundamentado na análise das manifestações, a identificação ou demonstração do *Treponema pallidum* será possível nas fases em que há comparecimento de lesões, ou seja, na sífilis primária e na sífilis secundária. Provas sorológicas poderão ser utilizadas de 2 (duas) a 3 (três) semanas após o começo do cancro, quando ocorre a soroconversão, estando possível a detecção de anticorpos (GRANGE *et al.*, 2011; TIPPLE *et al.*, 2011).

O diagnóstico da sífilis tem como, primeiro teste, as reações de fixação de complemento. As reações de Wassermann e Khan utilizavam material extraído de tecidos de difícil padronização e acabaram cedendo lugar aos antígenos mais purificados, como o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) que utiliza um antígeno composto de lecitina, colesterol e cardiolipina purificada. A cardiolipina é um elemento da membrana plasmática das células dos mamíferos liberado após dano celular e encontra-se presente também na parede do *Treponema pallidum* (AVELEIRA; BOTTINO, 2006).

O teste de VDRL encontra-se positivo entre cinco e seis semanas posteriormente a infecção. Assim sendo, pode estar negativa na sífilis primária. Na sífilis secundária apresenta sensibilidade alta, e nas formas tardias, a sensibilidade diminui. A reação não é peculiar, podendo estar positiva em outras treponematoses e em várias outras situações. Essas reações falso-positivas podem ser divididas em transitórias e persistentes. As transitórias negativam em seis meses (malária, gravidez, mononucleose infecciosa, viroses, tuberculose e outras) (AZULAY, 2004; SANCHEZ, 2003; ROTTA, 2005).

Já o teste imunocromatográfico, também conhecido como teste rápido, é útil para determinação qualitativa de anticorpos totais (IgG, IgM e IgA) anti-*Treponema pallidum* em amostras de soro, plasma ou sangue total. Nessa metodologia, antígenos recombinantes de *Treponema pallidum* estão imobilizados na região da linha teste. Quando uma amostra é adicionada, esta reage com partículas coradas conjugadas a antígenos de *Treponema pallidum*. Este complexo migra ao longo da tira teste e interage com os antígenos imobilizados. Se a amostra apresentar anticorpos anti-*Treponema pallidum*, uma banda colorida irá aparecer na região teste indicando um resultado positivo. Se a amostra não apresentar anticorpos anti-*Treponema pallidum*, essa banda não irá aparecer indicando um resultado negativo. (BIOCLIN; SÍFILISBIO, 2017)

Em torno de um ano de infecção, nas primeiras fases, a doença conta com grandes chances de cura com dose única de penicilina. Se for após este período de um ano, multidoses devem ser adotados para o tratamento. A penicilina interfere na síntese de peptídeoglicano da parede celular do *Treponema*

pallidum permitindo a entrada de água na célula bacteriana o que causa a sua lise por turgescência (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A penicilina continua sendo a alternativa para tratamento devido à sensibilidade do *Treponema* à droga e a rapidez da resposta com regressões das lesões primárias e secundárias com apenas uma dose. O nível terapêutico eficaz é de $0,03\mu/\text{cm}^3$ devendo ser mantido pelo tempo superior ao da divisão da bactéria. Para manter este nível terapêutico deve ser utilizada a penicilina benzatina. Na neurosífilis a opção é a penicilina cristalina que tem a competência de atravessar a barreira hematoencefálica. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O sistema prisional é visto como um problema de saúde pública no mundo, visto que, nos presídios existem condições que beneficiam a propagação de doenças sexualmente transmissíveis, tendo em vista que, nestes locais nos deparamos com condições relacionadas à violência, apresenta espaço físico limitado e a saúde imprópria aos detentos (GARAYCOCHEA *et al.*, 2013; AGNOLO *et al.*, 2013).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória, desde 22 de dezembro de 1986, por meio da portaria n. 542 do Ministério da Saúde, juntamente com a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) (Ministério da Saúde 1986). A notificação da sífilis em gestantes só se tornou obrigatória com a publicação da Portaria MS/SVS N. 33, assinada em 14 de julho de 2005. (DIRETRIZES PARA CONTROLE DE SÍFILIS CONGÊNITA, 2005)

As Doenças de Notificação Compulsória (DNC) são assim designadas por constarem na Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, em âmbito mundial, nacional, estadual e municipal. São doenças cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causar surtos e epidemias exigem medidas eficazes para sua prevenção e controle, a sífilis está na categoria de DNSC. (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

O caso confirmado pelos gestores prisionais nos abona a informação sobre o período de incidência da doença, somente indicam a quantidade de casos que prevalecem em um momento considerado e, portanto, trata-se de prevalências (BRASIL, 2014).

Segundo a nota informativa do governo de n. 2 – SEI\2017 altera os critérios para definição de casos para notificação sífilis, a situação 2 da nota, cita que é notificado em qualquer titulação, apenas ter um resultado de exame, treponêmico, ou não-treponêmico. Antes dessa nota, os profissionais da saúde, só poderiam notificar, os resultados de VDRL, que aparecessem com titulação alta. (Brasília, 2017). Além disso, é importante ressaltar que no ambiente prisional a dessemelhança dos indivíduos confinados, proporciona uma maior exposição aos riscos físicos e psicológicos (NICOLAU *et al.*, 2012).

A saúde de um cidadão tem relação com o ambiente que vive e de outras variáveis sociais, como também, psíquicas e biológicas. Deste modo as condições que o mesmo habilita, tendo em vista a qualidade do meio, poderá interferir diretamente no seu estado de saúde. Desse modo a precariedade do ambiente prisional brasileiro, se dá, devido a superlotação, assim, definindo, muitas vezes o estado de saúde dos presidiários (COELHO; PASSOS, 2011).

MÉTODOS

Este trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo. Parecer n.: 2.563.782 e CAAE: 85658818.0.0000.0119. O estudo foi realizado no Presídio Regional de Criciúma-SC e na Penitenciária Feminina de Criciúma-SC.

Os participantes foram os reeducandos voluntários do regime fechado do Presídio Regional de Criciúma-SC e da Penitenciária Feminina de Criciúma-SC no período de abril a maio de 2018. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos com sorologia positiva e negativa para a bactéria *Treponema pallidum*, com idade mínima de 18, do sexo feminino e masculino, que se disponibilizaram a participar da pesquisa, entre 10 de abril a 15 de maio. Foram excluídos os indivíduos que, por algum motivo, não puderam

se fazer presente no período da coleta e também aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Fizeram parte desse estudo 46 mulheres da Penitenciária Feminina de Criciúma-SC feminina e 85 homens do Presídio Regional de Criciúma-SC, totalizando 131 indivíduos. Primeiramente foi executado o teste rápido imunocromatográfico de sífilis nos reeducandos do Presídio Regional de Criciúma e na Penitenciária feminina de Criciúma. Os reeducandos que apresentaram positividade no teste rápido, foram confirmados com teste não treponêmico de VDRL.

Os dados foram coletados pela autora deste trabalho três vezes por semana, nas segundas-feiras, quarta-feira e quintas-feiras, no período matutino, e vespertino sob supervisão da enfermeira responsável Renata do Presídio Regional de Criciúma, e pelas enfermeiras responsáveis da Penitenciária Feminina de Criciúma, Fabiana e Sandra, durante todo o mês de coleta.

Os dados foram organizados em planilhas dos softwares Microsoft Excel versão 2013 e IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para a análise estatística. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a análise estatística foi elaborada uma planilha eletrônica, para organização do banco de dados a partir da coleta. As variáveis qualitativas são apresentadas em frequência absoluta e relativa. Para comparação entre grupos foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, conforme indicado. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média \pm desvio padrão ou mediana e amplitude interquartil (AIQ), conforme indicado. Para as comparações das variáveis quantitativas entre grupos foi utilizado o teste t de Student ou U de Mann-Whitney Rank-sum, precedidos de teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da distribuição dos dados. Para todas as análises estatísticas foi adotado o valor de $p < 0,05$ para indicar diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

RESULTADOS

Os testes rápidos foram executados no sistema prisional na cidade de Criciúma-SC, sendo duas unidades, a Penitenciária Feminina e o Presídio Regional, no ano de 2018, onde foi obtido 131 voluntários. Verificou-se que a média de idade desses voluntários foi de $30,42 \pm 9,74$ anos, tendo como idade mínima 18 (dezoito) anos e máxima de 55 (cinquenta e cinco) anos.

O teste rápido constatou 15 (quinze) voluntários positivos e 116 (cento e dezesseis) voluntários negativos. Como teste confirmatório, foi utilizado o VDRL, o qual contou 11 (onze) voluntários positivos e 120 (cento e vinte) voluntários negativos. Destes 11 (onze) voluntários positivos, sendo que 7 (sete) eram do sexo feminino, e 4 (quatro) do sexo masculino. A média de idade dos voluntários que apresentaram sífilis positiva foi de 30,64, com desvio padrão de 10,22, e com uma média de 2,00 anos de período de reclusão. As tabelas 1 e 2 mostram as variáveis que foram analisadas no estudo e seus respectivos resultados.

Tabela 1 – Característica geral da amostra

Variáveis	Média \pm desvio padrão ou n (%) n=131
Idade (anos)	30,42 \pm 9,74
Até 30 anos	78 (59,5)
Entre 30 e 45 anos	41 (31,3)
Sexo	
Masculino	85 (64,9)
Estado	
Santa Catarina	104 (79,4)
Paraná	12 (9,2)
Rio Grande do Sul	9 (6,9)
Minas Gerais	3 (2,3)
São Paulo	1 (0,8)

Continua...

Continuação.

Variáveis	Média ± desvio padrão ou n (%) n=131
Rio de janeiro	1 (0,8)
Raça	
Branco	82 (62,6)
Pardo	29 (22,1)
Preto	19 (14,5)
Escolaridade	
Ensino fundamental	109 (83,2)
Ensino médio	18 (13,7)
Estado civil	
Solteiro (a)	64 (48,9)
Casado (a)	33 (25,2)
União estável	28 (21,4)
Divorciado (a)	4 (3,1)
Renda	1200 (950 – 1800)
Menor que 1 salário-mínimo	17 (13,0)
Entre 1 e 2 salários-mínimos	13 (9,9)
Entre 2 e 3 salários-mínimos	72 (55,0)
Entre 3 e 4 salários-mínimos	27 (20,6)
Período preso (anos)	1,00 (0,42 – 2,58)*

AIQ= Amplitude interquartil. DP= desvio padrão.

*Valor obtido após aplicação do teste U de Mann Whitney.

**Valor obtido após aplicação do teste de razão de verossimilhança.

***Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson.

bValor estatisticamente significativo após análise de resíduo.

A tabela 2 demonstra informações referentes aos fatores de riscos que os reeducandos se expõem, bem como mostra as variáveis, onde se pode analisar que a maioria dos reeducandos não possui conhecimento acerca da sífilis, além de não fazerem o uso de preservativo em suas visitas íntimas. Ainda, a maior parte possui tatuagens. As titulações que mais prevaleceram

no teste foram de 1\2, onde 6 (54,5 %) reeducandos acusaram essa titulação. A carga bacteriana mais alta que o estudo encontrou foi de 1\32 em apenas um reeducando.

Tabela 2 – Fatores de risco, titulações e resultados de VRDL.

Variáveis	n (%) n=131
Possui tatuagem	
Sim	94 (71,8)
Uso de preservativo	
Não	90 (87,4)
Sim	13 (12,6)
Tem conhecimento sobre sífilis	
Não	82 (62,6)
Teste rápido	
Negativo	116 (88,5)
VDRL	
Negativo	120 (91,6)
Titulação do VDRL	
1/2	6 (54,5)
1/8	3 (27,3)
1/16	1 (9,1)
1/32	1 (9,1)
Negativo	120

AIQ= Amplitude interquartil. DP= desvio padrão.

*Valor obtido após aplicação do teste U de Mann Whitney.

**Valor obtido após aplicação do teste de razão de verossimilhança.

***Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson.

bValor estatisticamente significativo após análise de resíduo

Para iniciar a pesquisa foi utilizado o teste rápido de sífilis como triagem no estudo. Os resultados negativos do teste rápido já descartaram a

maioria dos reeducandos. Assim, a tabela 3 mostra três variáveis que foram confrontadas no estudo e seus respectivos resultados.

Tabela 3 – Variáveis cruzadas com o resultado dos testes rápido.

Variáveis	Teste rápido Mediana (AIQ*), n(%)		Valor-p
	Positivo	Negativo	
	n=15	n=116	
Idade (anos)	33,87 ± 10,67	29,97 ± 9,57	0,175*
Até 30 anos	8 (53,3%)	70 (60,3)	0,381**
Entre 30 e 45 anos	4 (26,7)	37 (31,9)	
Mais de 45 anos	3 (20,0)	9 (7,8)	
Período preso (anos)	2,00 (0,37 – 3,62)	1,00 (0,46 – 2,04)	0,424*
Sexo			
Masculino	6 (40,0)	79 (68,1) ^b	0,032***
Feminino	9 (60,0) ^b	37 (31,9)	

AIQ = Amplitude interquartil. DP= desvio padrão.

*Valor obtido após aplicação do teste U de Mann Whitney.

**Valor obtido após aplicação do teste de razão de verossimilhança.

***Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson.

^bValor estatisticamente significativo após análise de resíduos

A tabela 4 apresenta os resultados das variáveis analisadas na pesquisa dos VDRL positivo. A idade que mais prevaleceu na estatística foi reeducandos jovens, com período de reclusão de 2 (dois) anos e com escolaridade de ensino fundamental. A maior parte desses jovens possui o conhecimento da sífilis, mas não fazem o uso de preservativos nas visitas íntimas.

Tabela 4 – Teste de VDRL positivo, negativo e suas variáveis.

Variáveis	Mediana (AIQ) ou média \pm DP,n(%)		Valor-p
	Positivo n=11	Negativo n=120	
Idade (anos)	30,64 \pm 10,22	30,75 \pm 9,45	0,937*
Até 30 anos	8 (72,7)	70 (58,3)	0,487**
Entre 30 e 45 anos	2 (18,2)	39 (32,5)	
Mais de 45 anos	1 (9,1)	11 (9,2)	
Período preso (anos)	2,00 (0,33 – 3,87)	1,00 (0,46 – 2,12)	0,485*
Sexo			
Masculino	4 (36,4)	81 (67,5) ^b	0,050***
Feminino	7 (63,6) ^b	39 (32,5)	
Estado			
Sul	10 (90,9)	115 (95,8)	0,653 **
Sudeste	1(9,1)	4 (3,3)	
Nordeste	0 (0,0)	1 (0,8)	
Raça			
Branco	9 (81,8)	73 (60,8)	0,518 **
Pardo	1 (9,1)	28 (23,3)	
Preto	1 (9,1)	18 (15,0)	
Amarelo	0 (0,0)	1(0,8)	
Escolaridade			
Ensino fundamental	8 (72,7)	101 (84,2)	0,544 **
Ensino médio	3 (27,3)	15 (12,5)	
Ensino superior	0 (0,0)	4 (3,4)	
Estado civil			
Solteiro (a)	7 (63,6)	57 (47,5)	0,479 **
União estável	2 (18,2)	26 (21,7)	
Divorciado (a)	1 (9,1)	3 (2,5)	
Viúvo (a)	0 (0,0)	2 (1,7)	
Renda			

Continua...

Continuação.

Variáveis	Mediana (AIQ) ou média \pm DP,n(%)		Valor-p
	Positivo n=11	Negativo n=120	
Menor que 1 salário-mínimo	3 (27,3)	10 (8,3)	
Entre 1 e 2 salários-mínimos	6 (54,5)	66 (55,0)	
Entre 2 e 3 salários-mínimos	0 (0,0)	27 (22,5)	
Entre 3 e 4 salários-mínimos	0 (0,0)	2 (1,7)	

Maior que 4 salários-mínimos

Possui tatuagem			
Sim	7 (63,6)	87 (72,5)	0,504***
Não	4 (36,4)	33 (27,5)	

Uso de preservativo

Não	5 (45,5)	85 (70,8)	0,247**
Sim	2 (18,2)	11 (9,2)	
Não recebe visita íntima	4 (36,4)	24 (20,0)	

Tem conhecimento sobre sífilis

Não	5 (45,5)	77 (64,2)	0,329***
Sim	6 (54,5)	43 (35,8)	

AIQ= Amplitude interquartil. DP = desvio padrão.

*Valor obtido após aplicação do teste U de Mann Whitney.

**Valor obtido após aplicação do teste de razão de verossimilhança.

***Valor obtido após aplicação do teste exato de Fisher.

bValor estatisticamente significativo após análise de resíduo.

Atualmente, a pesquisa para sífilis é realizada combinando testes específicos e não específicos. A maioria dos autores utilizam o VDRL ou o RPR e o FTA-ABS ou o ELISA. Muitos laboratórios têm optado pelo VDRL

e o ELISA por serem de fácil execução. Entre os testes não específicos, temos o VDRL e o teste imunocromatográfico, onde ambos são testes qualitativos, ambos de baixo custo, que ficam positivos entre as segundas e quartas semanas após aparecimento do cancro de inoculação e apresentando títulos mais elevados nas formas secundárias, recente latente e tardia. Por serem qualitativos e pela tendência de se tornarem negativos entre 6 (seis) e 12 (doze) meses, são os mais indicados para acompanhamento pós-terapêutico da doença. São testes não específicos, pois detectam anticorpos antilipídicos que surgem tanto na sífilis como em outras doenças (FRAMIL; NADAL, 2007).

Não foi obtido nenhum resultado positivo em reeducandas grávidas. Isto é, nenhuma apresentou o anticorpo para sífilis no teste rápido, o qual foi executada em todas as 6 reeducandas presentes no momento da pesquisa.

O teste rápido executado nos reeducandos foram identificadas 15 reeducandos positivos e 116 negativos. O teste não-treponêmico VDRL analisou essas 15 amostras positivas e positivou para 11 reeducandos.

Alguns reeducandos acrescentaram na pesquisa que já haviam sido portadores da sífilis anteriormente e que o tratamento tinha sido executado corretamente.

A prevalência no estudo de titulações baixas, segundo Framil e Nadal (2007), podem ser permanentes, como no lúpus eritematoso sistêmico, na síndrome antifosfolipídica e outras colagenoses, na hepatite crônica e no uso abusivo de drogas ilícitas injetáveis, na hanseníase, na malária, na mononucleose, na leptospirose ou podem ser temporários em algumas infecções, vacinações, medicamentos e transfusões de hemoderivados.

Conforme a citação acima de Framil e Nadal, verifica-se que uma reeducanda relatou que é portadora de lúpus, sendo que o VDRL da mesma foi apresentado como positivo e com sua titulação baixa. Assim, relatou que não tem relação sexual há anos, pois provavelmente a doença autoimune que a reeducanda apresenta interferiu no resultado do VDRL.

A média de idade que apresentou o teste de VDRL positivo foi de 30,64 anos. A maior prevalência de sífilis encontrada no estudo, entre jovens

com idade entre 18 e 30 anos, com um período médio de reclusão de 2 anos, foi em mulheres reclusas.

Segundo o trabalho de Canazaro; Argimon (2010), foram estatisticamente associados à sorologia positiva para sífilis a maior média de idade, maior número de filhos, menos anos de estudo, ser interna na unidade prisional feminina, não selecionar seus parceiros e usar drogas antes das relações sexuais. Esses resultados coadunam com a literatura que aponta o sexo feminino como sendo de maior risco para contrair a sífilis e outras DST.

Segundo o boletim epidemiológico de sífilis (2017) a maior parte das pessoas notificadas foram brancas (38,5%), seguidas de 33,1% de pessoas pardas e 9,3% de pessoas pretas.

Tais resultados demonstram similaridades com estudos realizados em internos do sistema prisional de Teresina. Segundo Oliveira e Araújo (2014), a maior parcela possui escolaridade compatível com até oito anos de estudo (66%). No tocante à renda, a expressiva maioria tem renda pessoal e familiar de até R\$ 720,00, respectivamente 57,5%, isso reflete na taxa de desemprego que o Nordeste sofreu em 2004, segundo dados do (IBGE, 2004), que chegou a atingir 9,3% da população local.

A pesquisa identificou que 63,6 % dos jovens são solteiros, e que 45,5% não fazem o uso de preservativos em visitas íntimas, mas os reeducandos desta pesquisa tem o conhecimento sobre sífilis. Corroborando com os resultados de Araújo Filho e Feitosa (2012), onde 60,3% afirmaram não manter relacionamento estável e 62,2% não sabem como se dá a transmissão da sífilis.

Segundo o estudo de Negreiros, Vieira (2017) em um estudo de privados de liberdade, no qual se refere à história penal, a maior parte dos reeducandos são procedentes do estado de Rondônia, com pena total igual ou acima de 7 anos e reclusos há menos de 3 anos. Os fatores de risco mais prevalentes são: presença de tatuagem, tabagismo e etilismo. Colacionado com os nossos resultados, verificou-se que os reeducandos que são da região Sul do País possui a maior prevalência de sífilis, sendo, possivelmente, com mais incidência na Penitenciária Feminina e no Presídio Regional de Criciúma-SC.

Sendo assim, se faz importante verificar que em cada estudo realizado, há uma prevalência diferente, devido muito ao fato de os estudos terem sido realizados em regiões distintas do País.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, foi possível concluir a existência de associação entre o sexo feminino, VDRL positivo e teste rápido positivo. Ainda, existe um maior número de homens com VDRL e teste rápido negativo.

Assim, a sífilis dentro da Penitenciária Feminina e do Presídio Regional de Criciúma-SC acomete mais os jovens, entre 18 e 30 anos.

Diante dos objetivos, foi avaliada a prevalência de *Treponema pallidum* com relação às diferentes faixas etárias, onde foram encontrados reeducandos com idade mínima de 18 anos e máxima de 54 anos.

Nesse seguimento, obteve-se titulações positivas de reeducandos através do teste não-treponêmico para sífilis, o VDRL. Com titulações de 1:2, 1:8, 1:16 e 1:32. Logo, os resultados obtidos foi de 11 reeducandos com titulações positivas e 120 titulações negativas. Além do mais, foi associado o tempo que os reeducandos estão reclusos, concluído com o tempo médio de 2 anos.

Para execução de trabalhos futuros, sugere-se uma reunião com enfermeiros responsáveis pelo setor, agentes penitenciários e com o diretor geral de cada unidade. Assim, pode-se estabelecer dias de coleta e quantidade mínima por dia, a fim de que sejam realizados os procedimentos com organização dentro da unidade, com o intuito de receber estudantes da área da saúde. Acredita-se que, assim, a equipe do sistema prisional conseguiria entender o real sentido da pesquisa, bem como quão importante e benéfica é para a unidade prisional. Em consequência poderão ser levantados novos números e com resultados ainda mais fidedignos.

REFERÊNCIAS

- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: **Diagnóstico, tratamento e controle**. Educação Médica Continuada, Rio de Janeiro, n. ??, p. 111-126, 2006.
- AGNOLO, C. M. D; BELENTANI, L. M; JARDIM, A. P. S; CARVALHO, M. D. B; PELLOSO, S. M. **Perfil de mulheres privadas de liberdade no interior do Paraná**. Rev. baiana saúde pública [Internet]. 2013,37(4):820-34. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/617>.
- BELDA JR., Walter; SHIRATSU, Ricardo; PINTO, Valdir. **Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis**. An Bras Dermatol. 2009; 84(2):151-59.
- BLENCOWE, W; HANNAH, Cousens S.; KAMB, M.; BERMAN, S; LAEWN, J. E. **Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality**. BMC Public Health (Suppl 3): S9, 2011.
- BIOCLIN. VDRL **Pronto para uso**. Disponível em: <http://www.bioclin.com.br/sitebioclin/wordpress/wpcontent/uploads/arquivos/instrucoes/INSTRUCOES_VDRL.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- BRASIL. INFOPEN. (Org.). **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen - junho de 2014**. Brasília, v. 0, n. 0, p. 1-147, jun. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/PATRINY/Desktop/relatoriodepen-versao-web.pdf>. Acesso em: 19 maio 2017.
- CARLSON, J. A.; DABIRI, G.; CRIBER, B.; SELL, S. **The immunopathobiology of syphilis: the manifestations and course of syphilis are determined by the level of delayed-type hypersensitivity**. Am J Dermatopathol. 2011 COELHO H. C; PASSOS, A. D. C. **Low prevalence of syphilis in Brazilian inmates**. Braz Infect Dis 15(1):94-95, 2011.
- CONTRERAS, Eduardo; ZULUAGA, Sandra Ximena; O CAMPO, Vanessa. **Sífilis: um grande imitador**. Infectio, Bogotá, n. , p. 1-11, 2 abr. 2008.

GARAYCOCHEA, M. del C.; PINO, R.; CHÁVEZ, I., PORTILLA, J. L.; MIRAVALL, M. L.; ARGUEDAS, E. **Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú.** Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.pe/scielo>>. Acesso em: xx xxxx xxxx.

GRANGE, P. A. L; GRESSIER, P. L; DION, D.; FARHI, N.; BENHADDOU, P.; GERHARDT, J. P.; MORINI, J.; DELEUZE, C.; PANTOJA, A.; BIANCHI, F; LASSAU, AVRIL, M. F.; JANIER, M.; DUPIN, N. **Evaluation of a PCR Test for Detection of Treponema pallidum in Swabs and Blood** Journal of Clinical Microbiology, p. 546-552, 2012.

LAFOND R. E; LUKEHART, S. A. **Biological basis for syphilis.** Clin Microbiol Rev 19: 29-49, 2006.

MEDRONHO, Roberto. A. **Epidemiologia.** Rio de Janeiro. Atheneu, 2. ed., 2008.

NICOLAU, A. I. O; RIBEIRO, S. G; LESSA, P. R. A; MONTE, A. S; FERREIRA, R. C. N; PINHEIRO, A. K. B. **Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias.** Acta Paul Enferm [Internet]. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300011>>.

SANTA CATARINA. DIVE. (ed.). **Sífilis.** Florianópolis, v. 0, n. 0, p. 1-1, maio 2017. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/sifilis/>>. Acesso em: 17 maio 2017.

SINGH A. E.; ROMANOWSKI, B. **Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features.** Clin Microbiol Rev 12: 187-209, 1999.

TIPPLE, Craig; MARIAM, O. F.; HANNA, H. S.; DANIEL, J.; GOLDMEIER, D.; MCCLURE, M. O.; TAYLOR, G. P. **Getting the measure of syphilis: qPCR to better understand early infection** Sex Trans Infect, n. 87, p. 479 e 485, 2011.

WHO. **World Health Organization.** 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/en>>. Acesso em: xxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx.

FRAMIL, Valéria Maria de Souza; NADAL, Sidney Roberto. **Interpretação das Reações Sorológicas para Diagnóstico e Seguimento Pós-Terapêutico da Sífilis**. Scielo, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 479-482, 12 abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n4/18.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2018.

BRASIL. Constituição (1975). Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição. Brasília, Rio Grande do Sul: Governo.

SILVA, Geraedson Aristides da; OLIVEIRA, Cilmary Marly Gabriel de. **O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade**. Revi, Maceió, v. 3, n. 4, p.1-6, 12 abr. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/PATRINY/Downloads/4578-23778-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

ARAUJO, Telma Maria Evangelista de; ARAUJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de; FEITOSA, Karla Vivianne Araújo. **Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital do nordeste brasileiro**. 2012. 11 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Piauí, 2014.

OLIVEIRA, Elane Magalhães; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de. **Prevalência da sífilis em internos do sistema prisional de Teresina**. 2014. 3 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2014.

DIRETRIZES PARA CONTROLE DE SÍFILIS CONGÊNITA. Brasília: Dario Noleto, 2005.

BIOCLIN. **SífilisBio: INSTRUÇÕES DE USO**. Belo Horizonte: Bioclin, 2017. Disponível em: <https://www.bioclin.com.br/sitebioclin/wordpress/wp-content/uploads/arquivos/instrucoes/INSTRUcoes_SIFILIS.pdf>. Acesso em: 30 maio 2018.

BOLETIM EPIDEMIOLOGICO: Sífilis 2017. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2017

NEGREIROS, Daiany Elen Holanda; VIEIRA, Deusilene Souza. Prevalência de hepatites b, c, sífilis e hiv em privados de liberdade. 2017. 10 f. Tese (Doutorado) - Curso de Mestrado em Saúde da Família, Uninovafapi, Porto Velho, Rondônia, 2016.

CANAZARO, Daniela; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. 2010. 11 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Rio de Janeiro, 2009.

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CRIANÇAS OBESAS

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat09>

Cynthia Salvan Manenti

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

cynthiamanenti@hotmail.com

Karin Martins Gomes

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

karin@unesc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, é possível perceber que a obesidade infantil vem, progressivamente, sendo um tema discutido entre os profissionais de saúde. Pode-se inferir que ela pode ser uma epidemia mundial, essencialmente em países desenvolvidos, e sabe-se que este problema tem acometido tanto adultos como crianças.

Dessa maneira, compete ao profissional da psicologia estar atento às questões que circundam a obesidade, bem como os princípios desencadeantes e prejudiciais motivados com a sua existência. Ansiedade e depressão infantil são apenas alguns dos transtornos que podem ser observados em crianças obesas. Torna-se importante salientar que, tanto a psicologia quanto a medicina, a nutrição e outras profissões da saúde também devem se preocupar com estes pacientes, principalmente, no que diz respeito à qualidade de vida.

A obesidade é uma patologia complexa. Pode ser crônica e carrega uma etiologia multifatorial, esta tem como resultado, na maioria das vezes, a junção de diversos fatores, podendo ser comportamentais, ambientais e também genéticos (SANTOS *et al.*, 2004).

De acordo com Cruz *et al.* (2017) uma a cada três crianças brasileiras apresentando idades entre 5 e 9 anos estão acima do peso. De acordo com a literatura, a obesidade infantil pode estar relacionada com alguns aspectos psicológicos, particularmente com sintomas depressivos, ansiosos, além de dificuldades comportamentais e também sociais.

Tendo em vista a relevância desses agravos para a saúde da criança e presumindo que os sintomas depressivos e ansiosos são, com regularidade, relacionados à obesidade, este estudo teve como objetivos: a) avaliar sintomas de ansiedade em crianças com obesidade; b) avaliar sintomas de depressão em crianças com obesidade; c) identificar qual a maior incidência de sintomas de ansiedade e depressão entre os sexos dos participantes.

Diante destes aspectos, o interesse pela pesquisa vem do propósito de buscar compreender a relação da obesidade infantil com estes transtornos psicológicos.

MÉTODOS

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de campo de natureza descritiva e quantitativa. A presente pesquisa foi realizada em duas escolas municipais da cidade de Criciúma-SC. A escolha das escolas se deu de forma intencional, devido ao trabalho iniciado pelos profissionais residentes de psicologia da Especialização em Residência Multiprofissional da UNESC.

Os participantes foram crianças em fase escolar, dos sete aos dez anos de idade, que frequentam regularmente do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental no período vespertino. Como critério, deveriam estar matriculadas na rede municipal de ensino de duas escolas pertencentes ao município.

A pesquisa teve um total de 36 crianças, que apresentavam Índice de Massa Corporal (IMC) acima da média sugerida. Dentre os 36 participantes, 22 tiveram a oportunidade de participar, os outros 14 não preenchiam os critérios e pré-requisitos, como a falta de assinatura do TCLE (Termo de consentimento livre esclarecido) e deficiências cognitivas diagnosticadas através de laudo médico.

A coleta de dados foi efetuada através de dois inventários, o Children's Depression Inventory (CDI) para avaliar sintomas depressivos e o Spence's Children Anxiety Scale (SCAS) para avaliar sintomas de ansiedade infantil.

O inventário CDI foi aplicado em todos os participantes, a fim de identificar quais deles apresentam sintomas depressivos. Posteriormente, aplicou-se o inventário SCAS, com o intuito de verificar a existência de sintomas de ansiedade infantil.

O Inventário de Depressão Infantil Children's Depression Inventory (CDI), trata-se de uma adaptação do Beck Depression Inventory (BDI), que

foi proposta por Kovasc, em 1983 (COUTINHO; CAROLINO; MEDEIROS, 2008). Tal instrumento destina-se à mensuração de sintomas depressivos em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, por meio de autoaplicação (WATHIER; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 2008).

A versão original do instrumento conta com 27 itens organizados entre os sintomas cognitivos, afetivos, somáticos e de conduta. Cada participante utiliza uma escala de respostas de três pontos para sinalizar a melhor opção que descreve seus pensamentos e sentimentos em relação às duas semanas anteriores a aplicação do inventário (COUTINHO; CAROLINO; MEDEIROS, 2008).

Sendo assim, como mencionado, cada item do inventário possui três opções de respostas, tais respostas podem se diferenciar conforme a intensidade dos sintomas (escala de 0 a 2 pontos: 0= “ausência de sintomas”, 1= “sintoma leve”, 2= “sintoma claro”). Deste modo, é solicitado ao indivíduo que assinale a resposta que melhor retrata os seus pensamentos e sentimentos nas duas últimas semanas. O somatório de todos os pontos obtidos em cada questão propicia um escore.

No Brasil, para Whatier, Dell'aglio e Bandeira (2008), a pontuação geral do inventário sendo igual ou maior a 17 pontos, assinala que a criança exibe, no momento, sintomas depressivos.

Vale ressaltar que além do escore geral do inventário, torna-se possível identificar cinco sintomas através da soma de alguns itens do mesmo. Tais fatores, ou subescalas, assim definidas pelos autores são: humor negativo, problemas interpessoais, ineficiência, anedonia e autoestima baixa.

Silva e Figueiredo (2005) apresentam que Kovasc, o criador do inventário, recomenda que tais questões anteriormente mencionadas sejam fraccionadas da seguinte forma:

- **Humor Negativo (seis itens):** Culpa, tristeza, choro, pessimismo preocupante e incapacidade de tomar decisões.

- **Problemas interpessoais (quatro itens):** A criança tem percepção de ser má, apresenta dificuldades de relacionamento com os demais, coloca-se em brigas e desobedece com frequência.
- **Inefetividade (quatro itens):** Avaliação negativa das suas próprias habilidades, necessita dispor de muito esforço para completar suas atividades e tem a sensação de estar fazendo de forma errônea.
- **Anedonia (oito itens):** Perda da capacidade de sentir prazer em atividades que antes lhe causavam entusiasmo. Tem dificuldade em entreter-se, se exausta facilmente, tem complicações de sono e inquieta-se com dores.
- **Autoestima negativa (cinco itens):** Imagem corporal distorcida, sentimentos de desamor, tendência a ideação suicida, ódio em relação a si mesmo.

O segundo inventário utilizado nesta pesquisa foi o inventário SCAS - Brasil (Spence's Children Anxiety Scale).

Optou-se pela SCAS Brasil devido à apreensão em alcançar dados através do discurso da própria criança, ao oposto da narrativa de terceiros. Por incumbência da idade, a criança pode ter complicação em verbalizar o que sente, bem como a proporção disso. “A SCAS Brasil, sendo um instrumento desenhado para este público, permite o aumento do grau de confiabilidade dos relatos e, conseqüentemente, do presente trabalho” (SANTANA; CERQUEIRA-SANTOS, 2000, p. 143).

A primeira bateria (SCAS) foi desenvolvida levando em consideração as fases de desenvolvimento infantil e, por sua vez, busca avaliar seis transtornos de ansiedade frequentes em crianças, entre eles estão: Transtorno obsessivo compulsivo (TOC), fobia social, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), ansiedade de separação, transtorno de pânico com e sem agorafobia e fobias específicas ou medo de ameaça física (SANTANA; CERQUEIRA-SANTOS, 2000).

Para Santana e Santos (2000), a SCAS - Brasil é composta por 44 itens, dos quais, 38 fazem menção a sintomas particulares da ansiedade. Estes

38 itens ficam dispostos da seguinte forma: seis itens relacionados à fobia social, seis itens relacionados à ansiedade de separação, seis itens para problemas obsessivo-compulsivos, mais seis itens para pânico e ansiedade generalizada, ficando cinco itens para medo de danos físicos e três para agorafobia. “Os seis itens restantes que compõe o total da escala são “fillers” positivos, utilizados para reduzir o viés de respostas negativas em seu preenchimento” (SANTANA; CERQUEIRA-SANTOS, 2000, p. 144).

Sendo assim, o questionário solicita que a criança e/ou adolescente assinale com que regularidade o sentimento, emoção ou comportamento manifesta-se em sua rotina. A escala de pontuação deste inventário é conhecida como escala likert (HUBBARD, 2000), composta por quatro pontos, sendo 0 a mínima pontuação e 3 a máxima (0= “nunca”, 1= “às vezes”, 2= “muitas vezes”, 3= “sempre”).

Tal escala possui pontuação mínima de 0 e máxima de 114 pontos, se na contagem os “fillers positivos” já forem descartados.

O instrumento SCAS tem-se retratado um dos mais completos no que se refere à avaliação de crianças, uma vez que pesquisas realizadas com o mesmo apontaram a inevitabilidade de uma identificação antecipada em crianças ansiosas com uma perspectiva de oportunizar intervenções adequadas (SANTANA; CERQUEIRA-SANTOS, 2000).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP- 2.047.493) da UNESC, solicitou-se às duas escolas pertencentes ao município de Criciúma uma visita, a fim de iniciar uma conversa com a direção, em busca de uma autorização para a realização da presente pesquisa (Carta de Aceite). A partir do consentimento, realizou-se uma conversa com o professor responsável por ministrar as aulas de Educação Física, com o objetivo de verificar a existência de crianças que apresentassem obesidade, e com idades entre 7 e 10 anos nas referidas escolas.

O professor responsável pela disciplina alertou que já havia verificado o IMC das crianças e repassou para a pesquisadora, que tratou de organizar

uma reunião com os responsáveis pelas crianças que apresentavam o IMC acima da média.

Ainda que existam confirmações de que a distribuição de gordura pode modificar os riscos para diversas comorbidades, o IMC é amplamente reconhecido com um índice que apresenta direta relação com a obesidade, mas por sua vez, não tem capacidade de quantificar a obesidade corpórea (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Ainda em conformidade com o autor mencionado, sabe-se que a OMS (Organização Mundial de Saúde) sugere uma classificação mais reduzida para a obesidade, sendo assim, o sobrepeso fica definido como $IMC \geq 25$ e a obesidade como $IMC \leq 30$ (LUIZ; GORAYED; LIBERATONE JUNIOR, 2010).

Diante do exposto, realizou-se uma reunião com os responsáveis pelas crianças que apresentavam IMC acima da média para sua respectiva idade, a fim de expor a intenção do projeto de pesquisa, quais eram seus objetivos e também quais os resultados esperados. Esperou-se ainda, neste mesmo encontro, obter a autorização dos responsáveis através da assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE). A assinatura do termo consentia a participação de seus filhos na pesquisa, já que os participantes são menores de idade.

Em seguida, após a obtenção das autorizações, convidaram-se as crianças que faziam parte do limiar de idade proposto pela pesquisa, ou seja, de 7 a 10 anos para a aplicação nas duas escalas.

Preferiu-se o horário de intervalo entre as aulas. Mesmo com a possibilidade de uma eventual interferência da exaustão sobre as respostas assinaladas no inventário, optou-se por este horário por não interferir no seguimento das aulas, nem no horário destinado à recreação das crianças. Percebeu-se também que a ânsia em terminar o preenchimento das escalas para aproveitar o recreio seria algo nocivo aos resultados.

Foi necessária a disposição de sete tardes para a aplicação dos inventários, nos quais participaram as turmas do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental. Os participantes eram buscados em suas salas e encaminhados

pela pesquisadora até a sala da biblioteca da escola (espaço silencioso adequado para a aplicação dos instrumentos).

Em seguida, a pesquisadora explicava ao sujeito quais os objetivos do estudo proposto, como poderia responder às escalas e o atentava a não ser obrigatória a sua participação. Após o consentimento de cada participante e dado o início ao período de resposta, a pesquisadora ainda se propunha a retirar qualquer dúvida que aparecesse mesmo durante a aplicação. Em alguns casos, a pesquisadora lia o inventário na íntegra para todos os participantes. O tempo de aplicação variou entre 20 e 40 minutos por grupos.

Os dados coletados foram organizados no software IBM - SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0, sendo este utilizado para as análises estatísticas.

Para a análise descritiva básica de frequências (%), foi utilizado: média, desvio-padrão ($DP\pm$) ou número absoluto (n) e porcentagem (%).

Para os dados quantitativos do escore do SCAS e CDI, inicialmente, foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, sendo este utilizado para amostras pequenas (CAETANO; CARVALHO; GALINDO, 2005). Onde foi observado uma distribuição não normal optou-se pelo teste não-paramétrico: Teste U de Mann-Whitney para a comparação entre os sexos e onde foi observado uma distribuição normal, optou-se pelo teste paramétrico: Teste T de student para amostras independentes.

Para a comparação dos dados da classificação do SCAS foi utilizada a tabela de associação Qui-Square χ^2 , seguido o Teste Razão de Verossimilhança (CAETANO; CARVALHO; GALINDO, 2005).

Foi estabelecido como nível de significância de 5% ($p < 0,05$; $\alpha = 0,05$) e intervalo de confiança (IC) de 95%. A construção das tabelas foi realizada no software Microsoft Word 2010 e a construção da figura no software Graph Prism 5.0.

RESULTADOS

A pesquisa teve um total de 36 crianças que apresentavam IMC acima da média sugerida pela OMS. Dentre os 36 participantes, 22 crianças preencheram os critérios de participação. A amostra do presente estudo foi composta por 22 crianças com média de idade de $8,32 \pm 1,04$, de ambos os sexos, sendo 12 (54,5%) do sexo feminino e 10 (45,5%) do sexo masculino. Quanto à escolaridade, a maior prevalência foi de 45,5% (10 crianças) que estão no terceiro ano e menor prevalência no primeiro ano com 9,10% (2 crianças) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes.

Variáveis	Média±DP ou n (%)
Idade	8,32±1,04
Sexo	
Feminino	12 (54,5)
Masculino	10 (45,5)
Escolaridade	
1º Ano	02 (9,10)
2º Ano	05 (22,7)
3º Ano	10 (45,5)
4º Ano	01 (4,50)
5º Ano	04 (18,2)

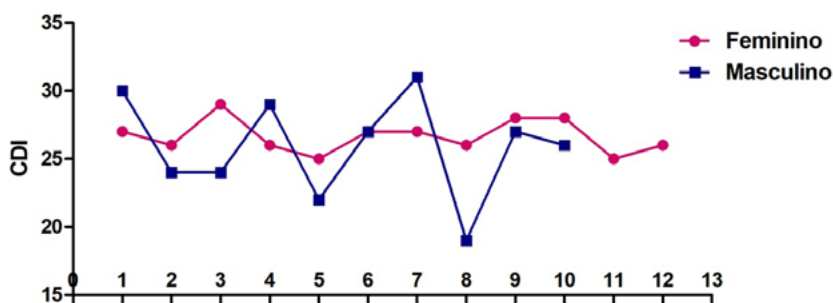
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O corte de idade se deu por conveniência das idades permitidas pelos dois inventários utilizados na pesquisa, Children's Depression Inventory (CDI) e Spence's Children Anxiety Scale (SCAS), sendo crianças de 7 a 10 anos de idade.

Através da aplicação dos questionários esperou-se identificar sintomas de ansiedade e depressão em crianças com obesidade entre 7 e 10 anos de idade.

Os alunos do 1º ano foram representados por duas crianças (9,10%), os alunos do 2º ano representam um total de cinco crianças (22,7%), os alunos do 3º ano representam um total de dez crianças (45,5%), os alunos do 4º ano representam o total de uma criança (4,50%) e o 5º ano representa um total de quatro crianças (18,2%). Dentre as crianças que participaram da pesquisa, 22 (100%) apresentaram, no momento, sintomas depressivos segundo o inventário CDI.

Imagem 1 – Resultados escores brutos do inventário CDI.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme exposto no gráfico acima, além da amostra apresentar resultado (100%) positivo em relação à presença de sintomas depressivos (resultado maior ou igual a 17 pontos), foi observado diferença significativa entre os sexos, sendo o sexo feminino apresentando maior pontuação.

O inventário de depressão infantil (CDI) é um instrumento que visa à avaliação da presença de sintomas depressivos em crianças com idades entre 7 e 10 anos. Além do escore bruto, este mesmo inventário dá a possibilidade de avaliação de outros cinco sintomas, através das subescalas.

Estes cinco fatores, ficam divididos no questionário entre as seguintes questões:

Humor negativo, questões: 1, 6, 8, 10, 11, 13.

Problemas interpessoais, questões: 5, 12, 26, 27.

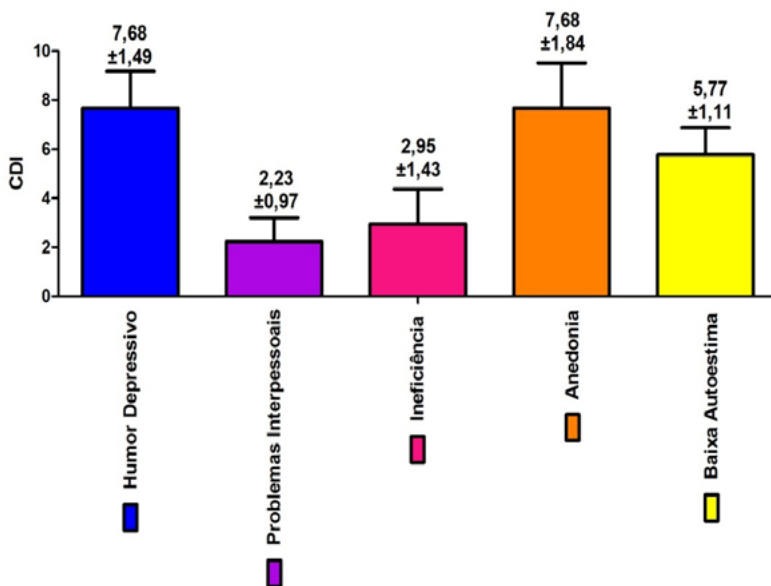
Ineficiência, questões: 3, 15, 23, 24.

Anedonia, questões: 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

Autoestima negativa, questões: 2, 7, 9, 14, 25.

Observa-se na figura 1, que os domínios humor depressivo e anedonia obtiveram a mesma média $7,68 \pm 1,49$ e $7,68 \pm 1,84$ respectivamente, seguido da baixa autoestima $5,77 \pm 1,11$, ineficiência $2,95 \pm 1,43$ e com menor média problemas interpessoais $2,21 \pm 0,97$.

Figura 2 – Inventário CDI.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em relação ao inventário SCAS (Spence's Children Anxiety Scale), observou-se que do total de 22 participantes, 22,7% não tiveram indício de transtorno de ansiedade. Este total é representado por 2 meninas (16,7%) e três meninos (30%). Percebeu-se ainda que do total pesquisado, 40,9% apresentam indícios de transtorno de ansiedade leve e moderada (9). Este total é representado por 4 meninas (33,3%) e 5 meninos (50,00%). Observando ainda os resultados obtidos, 36,4% da amostra, no momento, apresenta indicativo de transtorno de ansiedade de gravidade acentuada (8). Esse total é representado por 6 meninas (50,0%) e 2 meninos (20,0%), conforme a tabela abaixo.

Em relação à associação da escala SCAS e o sexo, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 2 – Sexos* Classificação SCAS Tabulação Cruzada.

Não Sugestivo transtorno de Ansiedade Sugestivo Transtorno de Ansiedade Leve e Moderada			Classificação_SCAS			Total
			Sugestivo Transtorno de Ansiedade de Gravidade Acentuada			
Sexo	Feminino	Contagem	2	4	6	12
		% em Sexo	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
	Masculino	Contagem	3	5	2	10
		% em Sexo	30,0%	50,0%	20,0%	100,0%
Total % em Sexo		Contagem	5	9	8	22
		22,7%	40,9%	36,4%	100,0%	

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Em relação à média por domínios de SCAS e somatório geral, observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos no

domínio: ansiedade de separação, no qual se observa que a média das meninas foi de $10,33 \pm 3,55$ e dos meninos foi de $6,30 \pm 2,95$, demonstrando que as meninas possuem uma tendência maior a ansiedade de separação, nesta pesquisa.

Tabela 3 – Comparação da Média dos Domínios do SCAS entre os Sexos (n=22).

Domínios	Sexo	Média±DP	p
Ansiedade Generalizada	Feminino	8,42±2,61	0,506
	Masculino	7,50±3,72	0,521
Ansiedade de Separação	Feminino	10,33±3,55	0,010*
	Masculino	6,30±2,95	0,009*
Fobia Social	Feminino	8,58±4,40	0,202
	Masculino	6,30±3,56	0,194
Obsessões e Compulsões	Feminino	10,25±4,27	0,537
	Masculino	9,10±4,28	0,537
Pânico e Agorafobia	Feminino	5,58±4,08	0,772
	Masculino	5,10±3,54	0,769
Fobias Específicas	Feminino	5,33±2,53	0,129
	Masculino	3,60±2,59	0,131
Somatório Geral	Feminino	49,92±9,99	0,054
	Masculino	39,60±13,67	0,064

Legenda: ±DP: Desvio-Padrão. **Método Estatístico Empregado:** Teste *t de Student* para amostras independentes. p: Valor de Significância Estatística, considerado como estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar os sintomas de ansiedade em crianças com obesidade, avaliar os sintomas de depressão em crianças com obesidade e identificar qual a maior incidência destes sintomas entre os sexos dos participantes.

A obesidade infantil é um assunto que vem dia após dia se destacando nas áreas da nutrição, pediatria e também psicologia, chegando a ser considerado um agravo na saúde pública (LUIZ *et al.*, 2005).

Em conformidade com os estudos realizados, sabe-se que a obesidade, seja ela infantil ou adulta, se caracteriza pelo acúmulo de tecido adiposo em determinada região corpórea ou ainda por se localizar em todo o corpo (FISBERG; MACHADO; POSSA, 2014). A obesidade é uma doença complexa, pode ser crônica e ainda carrega uma etiologia multifatorial, esta tem como resultado, na maioria das vezes, a junção de diversos fatores, podendo ser eles comportamentais, ambientais e também genéticos (2016).

Golke (2016) em seus estudos traz a definição de obesidade dada pela OMS como “uma doença crônica prevalente em países desenvolvidos e em desenvolvimento que está substituindo as preocupações de saúde pública mais tradicionais, como subnutrição e doenças infecciosas”. (p. 7)

Utilizou-se nesta pesquisa os valores repassados pela tabela da OMS como critérios de verificação de obesidade. Ainda que existam confirmações de que a distribuição de gordura pode modificar os riscos para diversas comorbidades, o IMC é amplamente reconhecido como um índice que apresenta direta relação com a obesidade (GOLKE, 2016).

Vale ressaltar que no Brasil, o número de crianças obesas também vem aumentando e, com base nisso, a obesidade infantil passou a ter muito mais visibilidade. “Dados de um estudo realizado na Escola Paulista de Medicina mostraram que aproximadamente 4% a 5% das crianças menores de 12 anos, que chegavam para consulta em triagem médica, apresentavam obesidade” (FISBERG; MACHADO; POSSA, 2014).

O parecer sobre a obesidade infantil é ainda um tópico bastante questionável. Pesquisas recentes apontam que cerca de 20% das crianças com obesidade têm chances de se tornar adultos obesos (FISBERG; MACHADO; POSSA, 2014). Demais estudos evidenciam que quanto menor a idade em que a obesidade se revela e quanto maior a sua veemência, maior a possibilidade

de a criança vir a se tornar um adolescente e um adulto obeso (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999).

Através da pesquisa e da aplicação do inventário CDI, foi observado que nas duas escolas investigadas, toda a amostra, sendo os 22 participantes com idades entre 7 e 10 anos apresentam, no momento, sintomas depressivos.

Apesar de não haver uma explicação consensual a respeito da obesidade infantil, o que se torna capaz de reconhecer, é que ela deriva de uma desordem orgânica que envolve condições biopsicossociais.

De uma ótica biológica, determinada patologia é vista como uma possível falha em regiões próprias do cérebro e/ou à disfunção dos neurotransmissores podendo ser de respostas à carga genética herdada (HUTTEL *et al.*, 2011). Na perspectiva psicológica, a depressão pode estar intrinsecamente relacionada às questões da personalidade, baixa autoestima e carência de autoafirmação. Já no ponto de vista social, ela pode ser pressuposta como falta de adequação social ou ainda como uma solicitação de assistência familiar e/ou escolar (NETTO-OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Dentro desse contexto, fato muito importante a se ressaltar é a questão da dopamina, neurotransmissor responsável pela sensação de saciedade, que em ambas as situações, tanto na obesidade quanto na depressão, apresentam-se em níveis muito baixos, o que se pode concluir que a redução da liberação deste neurotransmissor está intimamente relacionada a sintomas depressivos e também como característica observada em indivíduos com obesidade (SILVA; BITTAR, 2012).

Tendo em vista os resultados obtidos através da análise do inventário CDI, observou-se que as meninas que representam (54,5%) da amostra geral apresentam, no momento, mais sintomas depressivos do que os meninos.

Estes achados nesta pesquisa indicam que crianças em idade escolar, em específico meninas com excesso de peso, já sofrerem de problemas de ansiedade-depressão associados à sua autoimagem (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012).

Nessa perspectiva, pode-se inferir que o fato de as meninas experimentarem mais das infâmias sociais relacionadas ao seu corpo, provém não somente dos padrões culturais de beleza vigentes, mas também do convívio com os próprios familiares, em especial os pais e cuidadores, que acabam intensificando tais padrões no contexto familiar, permitindo às crianças um olhar crítico e negativo às pessoas que apresentam excesso de peso desde pequenas (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012).

Como exemplo disso, Cruz, Piccini e Santos (2017), ao estudarem estereótipos em meninas de 9 anos de idade e em seus responsáveis, descobriram que ambos concediam atributos negativos às pessoas obesas, quando comparadas com pessoas mais magras. Em conformidade com este estudo, pode-se inferir que os pais podem ser coadjuvantes no processo de sofrimento psicológico destas meninas.

Este fato pode ser observado também em adolescentes, pois entre eles as meninas possuem uma maior insatisfação corporal quando comparadas aos meninos (MELO; SERRA; CUNHA, 2010).

A possibilidade de o excesso de peso em crianças pode acarretar implicações psicológicas negativas, em particular, nas meninas que podem exibir comportamentos depressivos-ansiosos pertinentes ao descrédito social do qual são vítimas (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012). E nesta pesquisa observa-se que as meninas tiveram maior pontuação nos instrumentos CDI do que os meninos, ou seja, há maior sintomas depressivos.

Através da análise das subescalas contidas no inventário CDI, torna-se possível perceber que os domínios referentes ao humor depressivo e anedonia obtiveram a mesma média $7,68 \pm 1,49$ e $7,68 \pm 1,84$ respectivamente, seguido da baixa autoestima $5,77 \pm 1,11$, ineficiência $2,95 \pm 1,43$ e com menor média problemas interpessoais $2,21 \pm 0,97$, neste estudo. Pode-se inferir que as crianças (22) que participaram da pesquisa apresentaram indícios de sintomas depressivos e os sintomas mais frequentes estão relacionados ao humor depressivo e anedonia.

Inúmeras são as pesquisas que denotam a dimensão dos impactos emocionais manifestados por crianças obesas; entre eles, pode-se citar depressão, vergonha, isolamento, fracasso, ansiedade, baixa autoestima, timidez e culpa (MOTTA; WAGNER, 2003). “Uma das possíveis razões para a diminuição dos índices de depressão é a diminuição da insatisfação corporal, visto que a insatisfação com o corpo é um dos elementos da baixa autoestima que pode ter relação com a depressão” (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012, p. 158).

A autoestima de crianças obesas recorda ser inversamente proporcional a sua idade, quando confrontada com crianças de peso normal. “É interessante salientar os trabalhos em que a ansiedade e a depressão, assim como a culpa, solidão ou frustração, estão associadas à acentuada procura pelo alimento como gratificação ou como forma de compensação e entorpecimento das emoções” (MELO; SERRA; CUNHA, 2010, p. 369).

Em relação aos sintomas de ansiedade, 22,7% dos pesquisados não tiveram indício de transtorno de ansiedade. Podemos perceber que do total pesquisado, 40,9% apresentam hipótese de transtorno de ansiedade leve e moderada. Observando ainda os resultados obtidos, 36,4% da amostra apresenta, no momento, indício de transtorno de ansiedade de gravidade acentuada. Esse total é representado por 6 meninas (50,0%) e 2 meninos (20,0%).

Compreende-se a ansiedade como um estado emocional com elementos fisiológicos e psicológicos, que pertence ao espectro natural das experiências humanas, sendo ela possibilitadora de mudanças. Contudo, a ansiedade pode se tornar patológica quando sua intensidade se torna desmedida a real situação que a provocou, ou ainda quando não existe um objeto desencadeador específico (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A ansiedade pode ser definida como ansiedade-estado e ansiedade-traço. O estado de ansiedade é encarado como um estado momentâneo e/ou ainda uma condição do organismo humano que é marcada principalmente por sentimentos apreensivos e de tensão. Ressalta-se que tais sensações se sobres-

saem devido à expansão de atividade do SNA (Sistema Nervoso Autônomo) (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Por outro lado, a ansiedade-estado faz referência à maneira como o indivíduo reage a determinadas situações detectadas como perigosas ou ameaçadoras, com aumento do estado de ansiedade. “Um alto nível de ansiedade pode ter como sintoma a obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afetivas e relacionais, requerendo um tratamento psicológico urgente” (CAETANO; CARVALHO; GALINDO, 2005, p. 40).

A ansiedade pode se tornar patológica quando se torna excessiva frente à situação real encontrada. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 2014) o Transtorno de Ansiedade engloba demais transtornos que partilham sintomas exacerbados de ansiedade, medo e outras alterações comportamentais associadas. Sendo o medo o resultado emocional à intimidação percebida ou real, ao mesmo tempo em que a ansiedade é a precipitação da ameaça iminente.

Os Transtornos de Ansiedade podem ter início a infância e permanecer em outras fases de desenvolvimento se não forem tratados. Os sintomas e ansiedade podem ser classificados como leve, moderados ou de gravidade acentuada.

Sendo assim, vale destacar neste momento que, tratando-se dos resultados alcançados através da análise das subescalas abrangidas pelo inventário SCAS, verificou-se que em relação à média por domínios de SCAS e somatório geral, observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos no domínio: ansiedade de separação, no qual se observa que a média das meninas foi de $10,33 \pm 3,55$ e dos meninos foi de $6,30 \pm 2,95$, demonstrando que as meninas possuem uma tendência maior a ansiedade de separação.

Assim sendo, “grande parte dos transtornos intercorre com maior repetição em pessoas do sexo feminino do que no masculino” (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 189). Entende-se como Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) a ansiedade ou o medo excessivo cercado a separação de casa ou de figuras nas quais acriança é apegada.

As crianças quando separadas das pessoas que representam a elas conforto e segurança, podem exteriorizar retraimento social, tristeza, anedonia e/ou dificuldades de concentração nas atividades ou brincadeiras. Fato este que, quando analisado concomitantemente aos resultados encontrados no inventário CDI, depara-se com semelhanças sintomatológicas, o que por sua vez, dão indícios de que os sintomas de depressão infantil levantados pela pesquisa possuem correlação com os sintomas de ansiedade de separação descobertos na análise do inventário SCAS.

O TAS é o transtorno preponderante em crianças com menos de 12 anos. Em amostras clínicas de crianças, o TAS é equitativamente comum entre os sexos. Já na comunidade, o TAS é mais presente em indivíduos do sexo feminino (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Sabe-se que existem duas divisões para os fatores que predispõe o transtorno, eles se dividem em fatores ambientais, genéticos e fisiológicos. Repetidamente após um estresse vital, especialmente uma perda (exemplo: morte de um parente próximo, animal de estimação, separação dos pais, doença, mudanças de casa, bairro, cidade ou país) dão margem para o surgimento do transtorno. Vale ressaltar também que a superproteção dos genitores também se insere na lista de fatores que predispõe tal transtorno (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Dessa forma, através de exames e análises, sabe-se que tal transtorno acarreta uma série de consequências ao indivíduo portador de tal diagnóstico. “Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação com frequência limitam as atividades independentes longe de casa ou das figuras de apego (p. ex., em crianças, evitar a escola, não ir acampar, ter dificuldade para dormir sozinho)” (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 194).

Por conseguinte, conforme destacado anteriormente, os resultados do presente estudo revelaram a relação entre sintomas de ansiedade e depressão em crianças obesas de 7 a 10 anos de idade.

Contudo, tal associação não garante que o excesso de peso seja o único preditor dos sintomas encontrados, sugere-se que em pesquisas futuras seja rea-

lizado, como o estudo de demais possibilidades que estejam associadas à obesidade, não se atendo apenas a ansiedade e depressão como na presente pesquisa.

Cabe salientar ainda que, ao interpretar os resultados deste estudo, deve-se levar em consideração que os dados foram acessados somente através de dois inventários autoaplicáveis. O ideal para avaliar a presença de sintomas ansiosos e depressivos seria a aplicação da combinação dos dois instrumentos selecionados, bem como a utilização de entrevistas clínicas semiestruturadas, abarcando uma grande quantidade de informações úteis, além das incorporadas aos inventários.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que as perspectivas referentes à relação de ansiedade e depressão e obesidade infantil são positivas, tendo em vista que a obesidade pode acarretar prejuízos psicológicos. Nessa concepção, pode-se constatar ainda que as meninas apresentam mais sintomas depressivos e ansiosos do que os meninos pesquisados.

Do ponto de vista psicológico, existe a necessidade – ao se defrontar com doenças como a obesidade infantil – de destinar atenção à criação de condições que possibilitem mudanças nos hábitos alimentares das crianças e também de seus familiares, o que, por sua vez, não se constitui em uma tarefa simples.

Do ponto de vista da assistência e tratamento, torna-se necessária ponderação ao realizar atendimento psicológico; pois, tal necessidade não é generalizada. O fato de a criança ser obesa não permite concluir obrigatoriamente que ela possuirá dificuldades psicológicas. É recomendado que se conheça com mais profundidade esta crença, juntamente com os pais e responsáveis, que, na grande maioria das vezes, esclarecem que o incidente do excesso de peso está relacionado a dificuldades de ordem emocional da criança e não às suas dificuldades particulares em administrar refeições nutritivas.

Acredita-se, pois, que condições como o contexto e a estrutura familiar, além das psicopatologias como ansiedade e depressão materna ou paterna, desempenhem um papel significativo, tanto na origem da obesidade quanto nos problemas relacionados ao comportamento disfuncional das crianças, em particular as de menor idade.

Independentemente das limitações do estudo, como tamanho da amostra e locais de pesquisa, ainda assim, considera-se que o presente estudo traz consideráveis contribuições ao apurar a relação de crianças com obesidade e ansiedade e depressão. O resultado da pesquisa – ao mostrar que as meninas com obesidade exibem mais sintomas de ansiedade e depressão do que os meninos – indica a presença de sofrimento psíquico ao qual estão expostas essas crianças com obesidade.

Sugere-se um estudo mais aprofundado sobre a relação da obesidade infantil com ansiedade e depressão, utilizando de outras ferramentas, bem como a realização de entrevistas com os responsáveis das crianças e até mesmo seus professores, garantindo, assim, os demais desfechos passíveis de análises e considerações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. S.; ZANATTA, D. P.; REZENDE, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.
- ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L.R. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 1-8, 1999.
- HUTTEL, J. *et al.* A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicologia Argumento**, Paraná, v. 29, n. 64, p. 11-22, 2011.
- CATANEO, C.; CARVALHO, A. M. P.; GALINDO, E. M. C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle

e ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 39-46, abr. 2005.

COUTINHO, M. P. L.; CAROLINO, Z. C. G.; MEDEIROS, E. D. Inventário de depressão infantil (CDI): Evidências de validade de constructo e consistência interna. **Avaliação Psicológica**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 291-300, 2008.

CRUZ, S. H. *et al.* Problemas de comportamento e excesso de peso em pré-escolares do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 29-37, mar. 2017.

FISBERG, M., MACHADO, R.; POSSA, G. **Obesidade na primeira infância**. Fortaleza: Instituto da Infância, 2014.

GOLKE, C. Obesidade infantil: uma revisão de literatura. 2016. Artigo (Especialização em Gestão e Organização em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2016.

Hubbard VS. Defining overweight and obesity: what are the issues? **The American Journal of Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 72, s. n., p. 1067-1068, 2000.

LUIZ, A. M. A.; GORAYEB, R.; LIBERATONE JUNIOR, R. D. R. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 41-48, 2010.

LUIZ, A. M. A. G. *et al.* Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 35-39, 2005.

MELO, V. L. C.; SERRA, P. J.; CUNHA, C. F. Obesidade infantil – impactos psicossociais. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 20, n. 3, p. 367-370, 2010.

MOTTA, V. T.; WAGNER, M. B. **Bioestatística**. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

NETTO-OLIVEIRA, E. R. N. *et al.* Sobre peso e obesidade em crianças de diferentes níveis econômicos. **Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Humano**, Santa Catarina, v. 12, n. 2, p. 83-89, 2010.

SANTANA, M. V. M.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Avaliação de Ansiedade Infante-Juvenil e sua relação com o clima escolar e familiar. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 141-151, 2014.

SANTOS, A. F. S. *et al.* Influência da dopamina e seus receptores na gênese da obesidade: revisão sistemática. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 373-380, 2004.

SILVA, W. V.; FIGUEIREDO, V. L. M. Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 229-235, 2005.

SILVA, C. P. G.; BITTAR, C. M. L. Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 197-207, 2012.

WATHIER, J. L.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. **Avaliação Psicológica**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-84, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 1998.

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE HPV EM EXAMES PREVENTIVOS REALIZADOS NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2014 A DEZEMBRO DE 2016 EM UM LABORATÓRIO PRIVADO NO MUNICÍPIO DE TUBARÃO/SC.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat10>

Gergiane Teixeira Pereira

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
gergianeteixeirapereira@hotmail.com

Karina Lumertz Hendler

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
karinalumertzhendler@hotmail.com

Haylla Santos de Sousa

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
aideehailla@hotmail.com

Emanuel de Souza

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
emanuel@unescc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é considerada atualmente a doença sexualmente transmissível com maior prevalência em todo o mundo (SILVA *et al.*, 2009). O HPV é membro da família *papovaviridae* e formam uma família de mais de 130 genótipos que infectam o epitélio de seres humanos persistindo de forma assintomática ou causando neoplasias (SANCLEMENTE; GILL, 2002; BERNARD *et al.*, 2010), podendo permanecer em estado latente por muitos anos, bem como apresentar manifestações clínicas ou subclínicas (FEDRIZZI *et al.*, 2008). Na forma latente o DNA exposto reside no núcleo, a replicação viral fica adjunta ao ciclo celular e as células infectadas têm aparência normal. Na forma subclínica a infecção no colo uterino e nos genitais masculinos é mais frequente; infecção pode estar associada à neoplasia intraepitelial. Em uma manifestação clínica, as lesões são observadas sem maiores dificuldades (IGANSI, 2005).

O vírus HPV pode ser dividido em tipos cutâneos ou de mucosa. O HPV de mucosa é dividido nos tipos de riscos “alto”, “intermediário” e “baixo” dependendo da lesão com a qual estão associados. Tipos de alto-risco tais como o 16, 18, 31, 33 e 35 são predominantemente associados ao câncer cervical, que é um importante problema de saúde pública que, depois do câncer de mama, é um dos principais responsáveis pelas mortes do sexo feminino. HPVs de baixo risco, tais como os tipos 6 e 11, induzem hiperproliferações benignas do epitélio, como papilomas ou verrugas (RIVOIRE, 2006; ZARDO *et al.*, 2014; MARQUES, 2012). Os condilomas acuminados (papilomas, verrugas) dos órgãos genitais externos em geral são pequenas neoformações sésseis, papilares, únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável. No homem, em geral, ocorrem lesões na glândula, sulco balanoprepucial e região perianal e, na mulher, vulva, períneo, região perianal, vagina e colo (IGANSI, 2005).

A transmissão do HPV é feita através do contato direto com mucosa ou pela genital infectada (JUCKET *et al.*, 2010). A população masculina é a principal responsável pela transmissão da infecção ao sexo feminino, que

ocorre de forma sexual. Isso se dá, pois, diferente de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), o HPV é transmitido mais facilmente do homem para a mulher do que da mulher para o homem, por razão do epitélio do colo do útero ser menos resistente do que o pênis do homem e durante o ato sexual, podem acontecer lesões no epitélio vaginal, gerando uma vulnerabilidade à infecção por HPV, devido o mesmo necessitar do contato direto com os ferimentos (ZARDO *et al.*, 2014; RODRIGUES; SOUSA, 2015). Pode também ocorrer transmissão não sexual, como ocorre com as verrugas cutâneas, por fômites (toalhas, roupas íntimas etc.) e materno-fetal (gestacional, intra e periparto). Embora não se saiba por quanto tempo o vírus resista fora do organismo, considera-se que a transmissão por fômites seja viável por um curto período de tempo (FEDRIZZI *et al.*, 2008).

Entre os fatores de risco para a infecção pelo HPV, os mais relevantes são: ser mulher jovem sexualmente ativa, grupo este que apresenta as taxas mais altas de prevalência da infecção viral, entre 50 e 80% após dois a três anos do início da atividade sexual; o número de parceiros sexuais durante a vida e a idade do parceiro masculino em relação à da mulher, quanto maior essa diferença, maior o risco (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Durante a gravidez o risco de infecção pelo HPV é mais elevado, devido a associação entre a elevação dos níveis hormonais e a imunossupressão (ANGELI *et al.*, 2007). A ocorrência de infecção durante a gravidez não implica em má formação do feto (INCA, 2017).

A melhor arma contra o câncer causado pelo Papilomavirus Humano é a prevenção, através do uso do preservativo durante a relação sexual, evitando assim o contágio pelo vírus. Outra forma, ainda em desenvolvimento para prevenir a infecção pelo vírus é a vacina (CARDOSO, 2012), existem duas vacinas profiláticas contra HPV aprovadas e registradas pela agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA) e que estão comercialmente disponíveis: a vacina quadrivalente, que confere proteção contra HPV 6, 11, 16 e 18; e a vacina bivalente, que confere proteção contra HPV 16 e 18. Nenhuma das vacinas é terapêutica, ou seja, não há eficácia contra infecções ou lesões já existentes (INCA, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde o câncer não é uma doença única e sim um conjunto de mais de 100 doenças diferentes e, é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos. No caso do câncer do colo do útero, o órgão acometido é o útero, em uma parte específica – o colo, que fica em contato com a vagina. Classicamente, a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção inicialmente de caráter benigna, com transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos, esse intervalo de tempo relativamente longo, permite que ações preventivas sejam realizadas com o objetivo de romper a cadeia epidemiológica da doença (DAMACENA *et al.*, 2017).

O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública mundial tendo causa multifatorial e, se não diagnosticada e tratada precocemente, poderá evoluir para o carcinoma invasivo (SILVA *et al.*, 2014). A doença está entre os tipos de cânceres que mais acometem mulheres em idade sexualmente ativa, sendo a terceira maior e a quarta causa de mortalidade em mulheres no Brasil, com incidência anual de 16.340 casos, risco estimado de 15,85 casos por 100 mil mulheres e taxa de mortalidade de 4,86 casos por 100 mulheres (SANTOS; SOUZA, 2013; BARCELOS *et al.*, 2017).

Entre os fatores que estão envolvidos nesse processo neoplásico, o HPV é apontado como principal fator, porém admite-se que outros cofatores estão associados no desenvolvimento neoplásico do carcinoma uterino, como a multiplicidade de parceiros sexuais, histórico de outras doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo, início precoce da atividade sexual, desnutrição, a situação socioeconômica, fragilidade das estratégias de saúde, higiene íntima inadequada, uso prolongado de contraceptivos orais, fatores imunológicos e hormonais e a baixa escolaridade (SANTOS; SOUZA, 2013).

O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arrançadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intraepiteliais, essa estratificação fica desordenada. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma dis-

plasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I). Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal e, das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o câncer invasor estimada em cerca de 1%. Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo é observado em todas as camadas.

Essa desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. A coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas essas etapas. As lesões de alto grau são consideradas como as verdadeiras precursoras do câncer e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O exame de citologia oncológica (Papanicolaou) ainda constitui o principal método utilizado para a detecção do câncer do colo uterino e de suas lesões precursoras. A técnica, descrita por George Papanicolau, em 1941, consiste na avaliação morfológica das células de esfregaços obtidos da superfície do colo uterino (TERMINI; VILLA, 2008). O método do Papanicolau consiste em coletar o material cervical do colo uterino e do seu óstio e é realizado pelo profissional de saúde. Esse método utiliza o material coletado e fixado em lâmina e, posteriormente corado utilizando uma série de corantes que tem como objetivo a evidênciação de variações na morfologia e nos graus de maturidade e atividade metabólica celular, possibilitando a identificação das alterações celulares típicas compatíveis com a presença do HPV (SANTOS; SOUZA, 2013; CAPUTO; MOTA; GITIRANA *et al.*, 2010).

O Papanicolau se baseia no uso de um corante básico (apresenta afinidade pelo núcleo, tal como a hematoxilina), um corante ácido (apresenta

afinidade com o citoplasma de células queratinizadas, tal como orange g) e um corante policromático (gera tonalidades diferentes no citoplasma celular, tal como o ea-65). Essa metodologia apresenta cinco fases: hidratação, coloração nuclear, desidratação, coloração citoplasmática, desidratação, clarificação e selagem (CAPUTO; MOTA; GITIRANA *et al.*, 2010).

É de suma relevância destacar que o Papanicolaou auxilia na detecção das lesões celulares, antes que as lesões evoluam para o câncer, e não na detecção do HPV. Quando identificadas as lesões, são necessários exames complementares para o correto diagnóstico. Assim, a realização do exame Papanicolaou detecta somente as alterações induzidas por HPV e não o vírus propriamente dito, possuindo baixa sensibilidade. Apenas métodos moleculares são capazes de identificar o vírus, como a captura híbrida e a reação em cadeia da polimerase, mas continua sendo um meio eficaz para controlar e interromper o desenvolvimento neoplásico e a malignidade do câncer. Porém, a eficiência das estratégias e tecnologias utilizadas na prevenção do câncer cervical uterino defrontam-se ainda na falta de informação adequada, o que contribui para o diagnóstico tardio da doença e, consequentemente, no aumento de sua mortalidade (SANTOS; SOUZA 2013; SILVA *et al.*, 2014).

As alterações precárias das células cervicais e os cânceres iniciais do colo do útero geralmente não causam sintomas. Por este motivo, o rastreio regular através de exames de Papanicolau ajuda a capturar as alterações das células pré-cancerosas precocemente e prevenir o desenvolvimento de câncer cervical. Possíveis sintomas de doença mais avançada podem incluir sangramento vaginal anormal ou irregular, dor durante o sexo ou secreção vaginal. O câncer cervical precoce pode ser curado pela remoção ou destruição do tecido pré-canceroso ou cancerígeno. Existem várias formas cirúrgicas para fazer isso sem remover o útero ou danificar o colo do útero, de modo que uma mulher ainda possa ter filhos no futuro. Os tipos de cirurgia para câncer cervical precoce incluem o procedimento de excisão eletrocirúrgica em loop (LEEP) – usa eletricidade para remover tecido anormal, a crioterapia – congela células anormais e a terapia com laser – usa luz para queimar tecido anormal (AMERICAN SEXUAL HEALTH ASSOCIATION, 2017).

A prevalência da infecção cervicovaginal pelo HPV varia muito ao redor do mundo. Além disso, sofre influência de diversos fatores (GONÇALVES, 2016). Neste contexto, assim como Fedrizzi *et al.*, (2008) relata em sua pesquisa que conhecer a prevalência da infecção pelo HPV em nosso meio, torna-se fundamental, para mapear o verdadeiro cenário em nosso país e principalmente porque estes estudos serão importantes para se avaliar em que regiões é mais urgente o incremento da prevenção da infecção HPV. Este trabalho consiste em estabelecer a prevalência de HPV através de dados de um laboratório privado, com exames oriundos do sistema privado e inclusive do Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODOS

O trabalho trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com consulta ao banco de dados no Laboratório Di Prever, no município de Tubarão-SC e tem abordagem quantitativa, sendo utilizados dados de mulheres que realizaram os exames preventivo, atendidas pelo Laboratório Di Prever, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016.

Foram coletados dados de exames preventivos para HPV, atendidas pelo Laboratório Di Prever, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, caracterizando a coleta como censitária. Conforme Rodrigues (2002) uma coleta censitária é caracterizada pela observação de todos os elementos pertencentes a população alvo.

Foram incluídas no estudo pacientes de qualquer faixa etária, que realizaram exame preventivo, positivo ou não. Tiveram seus resultados excluídos os pacientes que realizaram outros tipos de exames que não o preventivo.

O projeto foi encaminhado ao Laboratório Di Prever Tubarão-SC. Logo, foi redigida uma carta de aceitação para que os dados obtidos pudessem ser disponibilizados. Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC onde foi aprovado e gerado um número de protocolo.

lo (2.563.800), atendendo as exigências das Normas da Pesquisa em Seres Humanos, que integram a resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente aos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Contudo, esta pesquisa foi realizada respeitando a dignidade, confidencialidade, privacidade, anonimato e a proteção das pacientes que realizaram o exame citopatológico no Laboratório Di Prever Tubarão-SC.

Os riscos presumíveis se enfatizam aos valores éticos resguardados pela resolução n. 466/12 da Pesquisa com seres humanos, ao qual, serão garantidos o anonimato e o sigilo referente à consulta pelo banco de dados no Laboratório citopatológico. Através da pesquisa foi possível estimar a prevalência de infecção por HPV, podendo assim, auxiliar na promoção de novas políticas públicas de atenção a população.

A análise estatística foi realizada com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciencies (SPSS) versão 20.0. As variáveis coletadas foram expressas por meio de frequências e porcentagens. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%.

A investigação da existência de associação entre as variáveis HPV positivo, HPV negativo e faixa etária foi realizada por meio da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson seguido de análise de resíduo caso houvesse significância estatística.

Foram analisados os dados no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. Posteriormente, realizou-se uma consulta no banco de dados através dos computadores do laboratório onde foram pesquisados através de uma lista de todas as pacientes que realizaram o exame preventivo nos anos de 2014, 2015 e 2016.

Ao final, buscou-se pelo nome dessas pacientes para avaliar a presença, ou não de HPV, as pacientes que não tiveram nenhuma alteração no exame foram automaticamente excluídas do trabalho. Dessas pacientes selecionadas foram verificados os tipos de alterações, idade e a quantidade de repetições de exames.

Os dados foram coletados através do banco de dados do laboratório e convertidos em planilhas do Excel. Os mesmos foram tratados e posteriormente organizados num banco de dados no programa SPSS versão 20.0 para a análise estatística. Por se tratar de uma pesquisa retrospectiva não houve a necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte das pacientes.

RESULTADOS

Os exames citopatológicos coletados entre os anos de 2014 e 2016 em um laboratório privado de Tubarão corresponderam a um total de 53.500 laudos. Desses laudos coletados, verificou-se que a idade média das pacientes foi de $35,31 \pm 13,88$ anos, tendo como idade mínima 13 e máxima 82 anos. Em relação ao número de laudos dentro do período analisado (53.500), 96 foram insatisfatórios, 51.921 eram negativos e 1483 apresentaram alguma alteração celular (Atípias, LSIL, HSIL, Carcinoma Invasor ou micro invasor e AIS) (Tabela 1).

Tabela 1 – Exames Colpocitológicos Oncóticos.

Variável	n (%) / n = 53.500
Insatisfatório	96
Negativo	51.921
Atípias	1.103
LSIL	225
HSIL	153
Invasor	2

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Destes, 122 laudos foram excluídos por se tratar de laudos repetidos, restando assim 1.361 laudos significativos e importantes para pesquisa perante os objetivos do trabalho (Tabela 2).

Tabela 2 – Alterações Celulares.

Variável	n (%) / n = 1361
Atipias	1.035
LSIL	199
HSIL	123
Invasor	1
Microinvasor	1
AIS	1

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Sendo assim apenas 349 (26,0%) exames apresentaram alteração compatíveis com HPV conforme mostra a Tabela 3. As alterações que tiveram compatibilidade com HPV foram Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LSIL); Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (HSIL); Carcinoma Invasivo; Carcinoma Micro Invasivo; Adenocarcinoma in situ (AIS).

Tabela 3 – HPV.

Variável – HPV	n (%) / n = 1361
Sim	349 (26,0)
Não	1012 (74,0)

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Como descrito na Tabela 4 abaixo, a faixa etária mais prevalente no estudo foi entre 24 e 34 anos (29,8%), já a idade que apareceu com uma maior frequência de exames positivos analisadas individualmente foi de 20 anos de idade (6,4%).

Tabela 4 – Frequência Faixa Etária

Variáveis		n (%) / n = 1361
Faixa Etária	Frequência	Porcentagem
13 – 23 anos	332	24,4
24 – 34 anos	406	29,8
35 – 45 anos	301	22,1
46 – 56 anos	212	15,6
57 – 67 anos	78	5,7
68 – 82 anos	32	2,4

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

A Tabela 5, mostra que, a média de realização de exames é de 1,09 por paciente e, através da Tabela 6, pode-se observar o número de exames repetidos por paciente com alteração celular, 1.257 (92,2%) pacientes repetiram o exame somente uma vez ao longo do período estudado, 95 (7,0%) pacientes repetiram o exame duas vezes, 9 (0,7%) repetiram o exame três vezes e 1 (0,1%) repetiu o exame quatro vezes e 1 (0,1%) repetiu o exame por cinco vezes.

Tabela 5 – Média de Exame por Paciente.

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1.363	1	5	1,09	0,327

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Tabela 6 – Quantidade de Exames.

Variáveis	Frequência	n (%)
Apenas uma vez	1.257	92,2
Dois vezes	95	7,0
Três vezes	9	0,7
Quatro vezes	1	0,1
Cinco vezes	1	0,1

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Os últimos dados estimados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstraram que aproximadamente 440 milhões de pessoas têm infecção por HPV genital em todo o mundo. Além disso, estima-se que 80% das mulheres venham a adquirir pelo menos uma infecção por um dos tipos de HPV durante sua vida (CÂNDIDO *et al.*, 2017).

A prevalência de HPV no estudo mostrou-se consideravelmente baixa (26%) em relação ao que se esperava e quando comparada a outros estudos que apresentaram resultados mais significativos para HPV, como uma pesquisa que foi recentemente realizada pelo Hospital Moinhos de Vento em parceria com o MS para avaliar a prevalência de HPV no Brasil com resultados de 54,6% e 44% na região de Florianópolis, SC (POP-Brasil, 2017).

No estudo de Fedrizzi *et al.* foram avaliadas 100 amostras de material cérvico-vaginal, onde foram encontrados DNA-HPV em 21 participantes (21%) – enquanto Carvalho *et al.* obteve como resultado 510 (48,3%) amostras de mulheres que apresentaram infecção pelo HPV.

A ampla variação nas estimativas é explicada pelas diferenças nas médias de idade das populações estudadas e a sensibilidade do método utilizado para detecção da infecção pelo HPV. (Fedrizzi *et al.*, 2008)

A prevalência de HPV varia muito em todo mundo e sofre influência de vários fatores como afirma Fedrizzi *et al.* (2008). A baixa prevalência obtida neste estudo pode ser explicada pelo fato de a região estudada ter uma população pequena em comparação com as grandes cidades fazendo com que tenham fácil acesso aos exames preventivos, e outras medidas de prevenção.

Estima-se que a maior parte das mulheres é infectada pelo HPV genital no início da atividade sexual, e sua incidência torna-se evidente na fase juvenil da população feminina entre 20 e 29 anos de idade e diminui com avanço da maturidade, e o segundo pico da doença encontra-se entre 50 e 60 anos (MACHADO; PIRES, 2017).

A faixa etária mais prevalente foi entre 24 e 34 anos e a idade com uma maior frequência foi de 20 anos, confirmando assim outros estudos, segundo Carvalho *et al.* A média de idade das participantes da pesquisa foi 31,5

anos e a faixa etária mais prevalente foi entre 21 e 30 anos de idade. E isso pode se justificar pela ocorrência dos jovens estarem mais vulneráveis ao vírus por ser sexualmente mais ativos e possivelmente por possuir múltiplos parceiros. Fedrizzi *et al.* afirmam que dos casos positivos, 48% ocorreram na faixa etária até os 30 anos, sendo a maior parte em mulheres entre 21 anos e 25 anos (24%), as mulheres com idade entre 21 anos e 25 anos corresponderam à faixa etária em que se observou a maior prevalência da infecção pelo HPV (38%), seguida pela faixa etária de 36 a 40 anos (36%).

Podemos observar que entre as idades 45 aos 56 anos teve uma quantidade significativa de exames positivos e, segundo Girianeli, Thuler e Silva (2010), isso se explica pelas mudanças hormonais relacionadas à menopausa que poderiam deixar a mulher mais vulnerável à infecção ou à reativação de infecção latente ou também pode ser justificado pelo aumento da expectativa de vida, que ocorre devido à queda nos coeficientes de fecundidade e de mortalidade.

O Ministério da Saúde faz recomendação de que mulheres na faixa etária de 25 a 65 façam o exame anualmente. Após dois exames negativos, com intervalo de um ano cada, o rastreamento só será feito novamente em três anos (INCA, 2014). Porém, se o resultado aponta um resultado sugestivo de infecção por HPV ou lesão de baixo grau, a orientação dada a paciente é de que ela repita o exame de Papanicolau em seis meses e se o resultado persistir como o anterior, a conduta será dada pelo médico e a realização da colposcopia já será indicada. Em alguns casos podem ocorrer de ter um resultado apresentando uma amostra insatisfatória, então essa paciente deverá ser convidada a repetir o exame entre seis e dose semanas (INCA, 2011).

No estudo teve maior porcentagem de exames repetidos apenas uma vez, por mulheres que apresentaram alguma alteração na célula, sendo que essa mesma mulher deveria repetir o exame em pelo menos seis meses, ou procurar ajuda médica para averiguar melhor essa alteração celular. Segundo Da Silva *et al.*, quanto a frequência da realização do exame, uma grande parte (43,6%) relatou que ele deve ser repetido a cada ano, e outra parte (43,6%) que deve ser repetido a cada dois anos independente se tiver alteração ou não.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo demonstrou uma baixa prevalência de HPV (Papilomavirus), apontando que a realização do exame citopatológico é de grande importância na saúde da mulher.

A idade mais prevalente em exames positivos foi de 20 anos e a média do número de exames realizados por paciente com alteração é de 1,9 sendo o número mínimo de exames por paciente com alteração celular de 1 e o máximo de exames 5. Contudo pode se ver o quão importante é a precaução, como uso de preservativos e, principalmente, a realização de exames preventivos pelo menos uma vez ao ano.

Além da triagem para avaliar infecção por HPV, outras patologias podem ser diagnosticadas através do exame preventivo, sendo assim, o presente estudo abre a possibilidade para que outros trabalhos sejam desenvolvidos nessa área a fim de que mais medidas de promoção a saúde sejam desenvolvidas e que os índices futuros sejam ainda melhores.

REFERÊNCIAS

ANGELI, S. Detecção de DNA de Papilomavirus Humano (HPV) em mulheres grávidas utilizando a urina. **Revista de Iniciação científica da Ulbra**. 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/1696/1235>. Acesso em: 25 set. 2017.

AMERICAN SEXUAL HEALTH AMERICAN. **National Cervical Cancer Coalition**. 2017. Disponível em: <http://www.nccc-online.org>. Acesso em: 18 out. 2017.

BARCELOS, M. R. *et al.* Qualidade Do Rastreamento Do Câncer de Colo Uterino No Brasil: Avaliação Externa Do PMAQ. **Revista Saúde Pública**, São Paulo. 2017; v. 51, n. 67. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 14 out. 2017.

BERNARD, H. U.; BURK, R. D.; CHEN, Z.; VAN DOORSLAER, K.; ZUR HAUSEN, H., DE VILIER, E. M. Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. **Virology**. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20206957>>. Acesso em: 25 set. 2017.

CÂNDIDO, S.; DUARTE, E.; SANTOS, E.; LIMA, G.; COSTA, M.; SOUZA, P.; DINIZ, M. Infecção por Papilomavírus Humano de alto risco Oncogênico em mulheres. **Medicina Veterinária** (UFRPE), Recife. 2017; v. 11, n. 4, p. 270-278. Disponível: <<http://www.journals.ufrpe.br/index.php/medicinaveterinaria/article/view/1956/482482577>>. Acesso em: maio 2018.

CAPUTO, L.; MOTA, E.; GITIRANA, L. Conceitos e métodos para a formação de profissionais em laboratórios de saúde. **Fiocruz**. 2010; v. 4. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/capitulo_4_vol2.pdf>. Acesso em: 11 maio 2018.

CARDOSO, E. Aspectos históricos, Fisiopatológicos e preventivos da infecção por papiloma vírus humano-HPV. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família. Minas Gerais. 2012, p. 10.

CARVALHO, M. O. O. *et al.* Detection of human papillomavirus DNA by the hybrid capture assay. **Braz J Infect Dis** [online]. 2003, v. 7, n. 2, pp. 121-125. ISSN 1413-8670. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702003000200004>.

DAMACENA, A. M.; LUZ, L. L.; MATTOS, I. E. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do sistema de informação do Câncer do Colo Útero, 2006-2013. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 17. 2017.

SILVA, L. S. R. da; LESSA, E. C.; SILVA, T. M. da *et al.* Adesão ao exame papanicolau por mulheres jovens em Unidade Básica de Saúde. **Rev enferm UFPE** [on line]., Recife, 10(12):4637-45, dez., 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-30194?lang=pt>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

FEDRIZZI, E. M.; SCHLUP, C. G.; MENEZES, M. E.; CAMPOS, O. M. Infecção pelo Papilomavirus humano (HPV) em mulheres de Florianópolis, Santa Catarina [Human Papillomavirus (HPV) infection in women of Florianopolis, Santa Catarina, Brazil]. **DST K Bras Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 2008. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista20-2-2008/1.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SILVA, G. A. Prevalência de HPV em mulheres assistidas pela estratégia saúde da família na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**. 2010; v. 32, n. 1, p.39-46. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000100007>>. Acesso em: 25 set. 2017.

GONÇALVES, L. F. Prevalência e genotipagem do papilomavírus humano (HPV) na região cervicovaginal das mulheres atendidas em clínica privada de ginecologia no município de Joaçaba. Universidade do Oeste de Santa Catarina centro de ciências da vida mestrado em biociências e saúde. Joaçaba. 2016, p. 15.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2014.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rio de Janeiro, 1996-2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2017.

IGANSI, C. N. Prevalência de papilomavírus humano (HPV) e chlamydia trachomatis (CT) e sua associação com lesões cervicais em uma amostra de mulheres assintomáticas de Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/7194>>. Acesso em: 25 set. 2017.

JUCKETT, G; HARTMAN-ADAMS, H. Human Papilomavirus: Clinical Manifestations and Prevention. **America Family Physician**. 2010. [Acesso em 25 Set 2017]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/49648847_Human_Papillomavirus_clinical_Manifestations_and_Prevention.

MACHADO L. S.; PIRES, M. C. Perfil epidemiológico de mulheres com papilomavírus humano que utilizam o serviço público de saúde. **Rev Baiana Enferm.** 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22135>>. Acesso em: 20 maio 2018.

MARQUES, A. E. M. Avaliação da presença do papilomavirus humano em orofaringe de pacientes com neoplasia intraepitelial escamosa de alto grau e carcinoma invasivo do colo do útero, e de seus companheiros no Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF. 2012. 115 f., il. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/12358>. Acesso em: 25 set. 2017.

MASCHIO, M. B. M.; BALBINO, A. P.; DE SOUZA, P. F. R.; KALINKE, L. P. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre (RS). 2011, v. 32, n. 3, p. 583-589. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300021>. Acesso em: 30 maio 2018.

POP – Brasil. **Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-Brasil):** Resultados preliminares – Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Porto Alegre, 2017; 120 p.

RIVOIRE, W. A.; CORLETA, H. V. E.; BRUM, I. S.; CAPP, E. Biologia molecular do câncer cervical. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** 2006; v. 6, n. 4, p. 447-451. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000400012>. Acesso em: 25 set 2017.

RODRIGUES, A. F.; SOUSA, J. A. Papilomavirus humano: prevenção e diagnóstico. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção.** Santa Cruz do Sul. 2015; v. 5, n. 4, p. 197-202. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6043/4633>. Acesso em: 25 set. 2017.

SANCLEMENTE, G.; GILL, D. Biologia molecular e patogênese do papilomavirus humano. **Jornal da Academia Europeia de Dermatologia e**

Venereologia. 2002. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs>>. Acesso em: 25 set. 2017.

SANTOS, U. M.; SOUZA, S. E. B. Papanicolaou: Diagnóstico Precoce ou Prevenção do Câncer Cervical Uterino? **Revista Baiana de Saúde Pública.** 2014; (S. L), v. 37, n. 4, p. 971. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbso/article/view/420>>. Acesso em: 14 out. 2017.

SILVA, M.; GONÇALVES, A. K.; GIRALDO, P. C.; Ponte A. C.; DANTAS, G.; SILVA, R. J.; DA SILVA, L. G. A eficácia da vacina profilática contra o HPV nas lesões HPV induzidas. **Feminina**, Rio de Janeiro. 2009; v.37, n 10, p. 519 – 526. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10286>>. Acesso em: 24 set. 2017.

SILVA, D.; SILVA, A. M.; BRITO, L. M.; GOMES, S.; NASCIMENTO, M.; CHEIN, M. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. **Ciência e saúde coletiva.** 2014; v.19, n. 4, p. 1163-1170. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.00372013>>. Acesso em: 14 out. 2017.

TERMINI, L.; VILLA, L. L. Biomarcadores na Triagem do Câncer do Colo Uterino. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 2008. Disponível em: <<http://annalab.com.br/uploads/file/8.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2017.

ZARDO, G.; FARAH, F.; MENDES, F.; FRANCO, C.; MOLINA, G.; MELO, G.; KUSMA, S. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2014; v. 19, n. 9, p. 3799-3808. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.01532013>>. Acesso em: 25 set. 2017.

PARTE 3

PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTEGRALIDADE

INTRODUÇÃO

Na terceira e última parte, Promoção da Saúde e Integralidade, são apresentadas contribuições que abarcam o público adolescente, de trabalhadores e de idosos, além de explorar a experiência do trabalho voluntário. Destaca-se a importância da promoção da saúde em ambientes de grupo, pensando em estratégias em níveis ainda mais amplos.

AVALIAÇÃO DA HIDROTERAPIA EM GRUPOS DE MULHERES IDOSAS EM UMA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat11>

Natália Pasini Bratti

Curso de Fisioterapia – UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
nati_bratti@hotmail.com

Evelin Vicente

Curso de Fisioterapia – UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
eve@unesc.net

Ariete Inês Minetto

Curso de Fisioterapia – UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
ariete@unesc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Em diversos países em desenvolvimento, bem como o Brasil, o crescimento da população idosa vem acontecendo de maneira rápida e progressiva (CERVATO *et al.*, 2005). Atualmente, no Brasil, há aproximadamente 20 milhões de pessoas idosas. Entretanto, em 2025, estima-se que esse número chegará a 32 milhões (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Os idosos sofrem diversas alterações físicas ao longo dos anos, resultando em uma fragilidade do sistema neuromuscular, o que reduz flexibilidade, força muscular, resistência e mobilidade articular (REBELATTO *et al.*, 2006). A redução da flexibilidade e da motricidade no idoso, afeta o equilíbrio, a postura e o desempenho funcional, aumentando assim a predisposição a risco de quedas e problemas respiratórios, bem como, apresenta lentidão na marcha e dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (CAROMANO & CANDELORO, 2000). Além disso, pesquisas relatam que mulheres idosas têm maior propensão de sofrer quedas em relação ao homem, pois possuem menor massa magra e força muscular, maior prevalência de doenças crônicas-degenerativas e por se submeterem as atividades domésticas (PERRACINI & RAMOS, 2002).

Outra mudança importante no organismo do idoso é o declínio nas tarefas cognitivas, que exige que o idoso processe ou transforme informações rapidamente para tomar uma decisão. Existem alterações estruturais e funcionais no cérebro que se correlacionam com esse tipo de mudança cognitiva, incluindo alterações na estrutura neuronal sem morte neuronal, perda de sinapses e disfunção de redes neuronais. Entretanto, há evidências crescentes de que estilos de vida saudáveis podem diminuir a taxa de declínio cognitivo observado com o envelhecimento e ajuda a retardar o aparecimento de sintomas cognitivos associados à idade. Alguns fatores de estilo de vida saudável incluem atividade física, estimulação mental, evitar exposição excessiva a neurotoxinas, tratamento de depressão, entre outros (MURMAN, 2015).

O exercício físico ou atividade física é o estado de estar ativo, em ação energética ou em movimento, sendo fundamental para melhorar a qualidade de vida e colaborar na melhora da atividade metabólica do organismo. A adequação cardiovascular para a prática de exercícios físicos pode ser conseguida em qualquer idade, pela prática de atividade aeróbica ou dinâmica quando realizados de forma regular e contínua (MARTINS & DEAN, 2017).

Uma modalidade terapêutica vem ganhando cada vez mais destaque nessa faixa etária, chama-se Hidroterapia. Ela oferece benefícios para o organismo, pois auxilia na prevenção, no retardamento e no tratamento de disfunções que decorrem do envelhecimento. Esse método terapêutico, que utiliza a água aquecida em torno de 32° a 33° C juntamente com a cinesioterapia, é bastante favorável, pois reduz impacto biomecânico dos músculos e articulações, há melhoras na circulação sanguínea, aumenta a força muscular, a amplitude articular, a mobilidade, promove relaxamento e a autoconfiança tende a crescer. Além desses benefícios, a Hidroterapia proporciona maior socialização, pois permite que a terapia seja feita em grupos, dessa forma o indivíduo não se sente isolado (ROSA *et al.*, 2013). Ao contrário de exercícios baseados em solo, os exercícios aquáticos ajudam a minimizar o efeito da gravidade sobre o corpo, o que reduz a carga sobre as articulações e a alta densidade da água pode reduzir o risco de queda (CAMILOTTI *et al.*, 2009).

Foi com base nesses fundamentos que o artigo objetivou analisar os aspectos da saúde geral em idosas que se submeteram à Hidroterapia em Grupo, bem como, analisar a cognição, o grau de dependência das atividades de vida diária, o grau das atividades de vida instrumental, a coordenação motora, as condições perceptivas sensoriais, a capacidade de raciocínio, a atenção, o cálculo e a memória utilizando como instrumento de avaliação, o Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6TDC), o Mini Exame de Estado Mental, a escala de Katz e a de Lawton.

MÉTODOS

O estudo caracterizou-se por um ensaio clínico com o intuito de avaliar os efeitos da Hidroterapia em Grupo em mulheres que apresentem sintomas do envelhecimento. Foi realizada ficha de anamnese contendo dados cadastrais, históricos das idosas, uma avaliação geral e posteriormente aplicado as escalas.

A pesquisa contou com 16 pessoas, do sexo feminino, com idade superior a 60 anos as quais foram atendidos no Setor de Hidroterapia das Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, localizado no município de Criciúma, no estado de Santa Catarina. Algumas das idosas (n=12) já faziam uso da prática da Hidroterapia; entretanto, estas não foram excluídas do estudo. A população se caracterizou também de idosas que nunca fizeram uso desta prática (n=4). As idosas selecionadas foram submetidas a 20 sessões de Hidroterapia em Grupo, conforme proposto, com duração de 45 minutos por sessão, e uma frequência de duas vezes por semana. Depois de concluírem as 20 sessões de tratamento, as idosas foram reavaliadas, o que possibilitou aos pesquisadores, através das pontuações obtidas, traçar o quadro antes e após as atividades.

Através dos benefícios da Hidroterapia, foi desenvolvido um protocolo elaborado pelos próprios autores da pesquisa, que se basearam na cinesioterapia de baixa intensidade, permitindo assim a realização de exercícios que em solo seriam impossíveis, elevando a moral e a autoestima do paciente.

Como formas de avaliação foram utilizadas as escalas Mini Exame de Estado Mental (MEEM), Katz, Lawton e o Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (TDC6). O MEEM é uma escala desenvolvida para pacientes geriátricos, que avalia a função cognitiva do paciente. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais (CHAVES, 2009).

O Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6TDC) desenvolvido por Katzman (KATZMAN, BROWN, FULD, 1983) foi projetado para detectar

demência e avaliar aspectos cognitivos de um indivíduo. Consiste num teste que envolve três tópicos de orientação temporal, dois tópicos de atenção e memória de curto prazo (SULLIVAN, 2016).

A escala de Lawton é um instrumento que avalia o nível de independência do idoso no que se refere à realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Compreende oito tarefas do tipo: uso do telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e sacar dinheiro. Com base nas respostas, verifica-se a independência funcional do idoso (SEQUEIRA, 2007; ARAÚJO *et al.*, 2008).

A escala de Katz foi criada por Sidney Katz (KATZ *et al.*, 1963) para avaliar se um idoso é capaz de, independentemente, realizar as atividades básicas de vida diária, ou seja, atividades necessárias para cuidar-se de si. Funções como vestir-se, alimentar-se, banhar-se, mobilizar-se, entre outras, faz parte da avaliação. É então gerado um score baseado nas respostas, indicando o nível de dependência do idoso (BARBOSA *et al.*, 2014).

Os dados foram avaliados em planilhas do software IBM *Statistical Package for the Social Sciencies* (SPSS) versão 22.0. As variáveis quantitativas foram demonstradas através de tabelas, expressas por meio de média e desvio padrão e as qualitativas observadas através de questionário específico, seguem expressas por meio de frequência e porcentagem.

As análises estatísticas apresentam um nível de significância de $\alpha = 0,05$, portanto, confiança de 95%. A investigação quanto a normalidade das variáveis quantitativas foi realizada por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk.

As diferenças das médias das variáveis quantitativas entre as categorias das variáveis qualitativas foram investigadas por meio da aplicação do teste T de Wilcoxon para amostras pareadas.

As evidências de associação entre os pares das variáveis qualitativas foram investigadas por meio da aplicação do teste de McNemar.

RESULTADOS

Na análise da caracterização da amostra, a idade média das 16 idosas, é de 69,56 anos, sendo que destas 9 (56,3%) são casadas, 5 (31,3%) viúvas e 2 (12,5%) separadas. Em relação ao tempo de estudo, 1 (6,3%) estudou até 4 anos, 9 (56,3%) estudou entre 4 e 8 anos e 6 (37,5%) estudou de 8 anos a mais. Quanto a aposentadoria 15 (93,8%) voluntárias estão aposentadas e 1 (6,3%) não está aposentada, como demonstra na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra avaliada na pesquisa

Variáveis	Média ± Desvio Padrão, n (%) / n = 16
Idade	69,56 ± 7,09
Estado civil	
Solteiro	0 (0,0)
Casado	9 (56,3)
Viúvo	5 (31,3)
Separado	2 (12,5)
Anos de estudo	
Até 4 anos	1 (6,3)
Entre 4 e 8 anos	9 (56,3)
8 anos ou mais	6 (37,5)
Aposentado	
Sim	15 (93,8)
Não	1 (6,3)

Fonte: Dados da Pesquisa 2018.

Quanto ao estado geral, 10 (62,5%) das voluntárias se consideravam uma pessoa calma e, após a submissão à Hidroterapia, 11 (68,8%) delas se adequaram a essa categoria. Antes da intervenção, 8 (50,0%) das idosas se consideravam pessoas confiantes, após, 12 (75,0%) mudaram sua percepção. As

idosas que se consideravam comunicativas e continuaram na mesma percepção foram 10 (62,5%). As idosas que se consideravam deprimidas foram no total de 8 (50,0%), sendo essas não modificaram seus conceitos após a realização das atividades de Hidroterapia. No quesito ansiedade, 12 (75,0%) das idosas se consideravam pessoas ansiosas, após a realização da prática, esse número aumentou para 14 (87,5%). Foram 2 (12,5%) idosas que se consideravam pessoas irritadas, depois das sessões de terapia aquática esse número aumentou para 5 (31,3%). No aspecto inseguro, 3 (18,8%) das voluntárias se consideravam e após as sessões, 5 (31,3%) delas modificaram seu aspecto. 12 (75,0%) das voluntárias são preocupadas, e em seguida, esse número aumentou para 14 (87,5%) delas, bem como demonstra na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados do estado geral das idosas avaliadas

Variáveis	Média ± Desvio Padrão, n (%) - Intervenção		
	Antes / n=16	Depois / n=16	Valor-p [†]
Calm			
Sim	10 (62,5)	11 (68,8)	0,999
Não	6 (37,5)	5 (31,3)	
Confiante			
Sim	8 (50,0)	12 (75,0)	0,125
Não	8 (50,0)	4 (25,0)	
Comunicativo			
Sim	10 (62,5)	10 (62,5)	0,999
Não	6 (37,5)	6 (37,5)	
Deprimido			
Sim	8 (50,0)	8 (50,0)	0,999
Não	8 (50,0)	8 (50,0)	
Ansioso			
Sim	12 (75,0)	14 (87,5)	0,625
Não	4 (25,0)	2 (12,5)	

Continua...

Continuação.

Variáveis	Média ± Desvio Padrão, n (%) - Intervenção		
Irritado			
Sim	2 (12,5)	5 (31,3)	0,375
Não	14 (87,5)	11 (68,8)	
Inseguro			
Sim	3 (18,8)	5 (31,3)	0,688
Não	13 (81,3)	11 (68,8)	
Preocupado			
Sim	12 (75,0)	14 (87,5)	0,500
Não	4 (25,0)	2 (12,5)	

[†]Valores obtidos por meio da aplicação do teste de McNemar.

Fonte: Dados da Pesquisa 2018.

A seguir, na Tabela 3, podem-se analisar os déficits visuais, auditivos e de força muscular dos membros superiores e inferiores. 13 (81,3%) das idosas possuem baixa acuidade visual e fazem uso de óculos de grau. São 11(68,8%) idosas que possuem diminuição da acuidade visual tanto para a direita quanto para a esquerda. O déficit auditivo abrangeu 4 (25,0%) das idosas, sendo que, à direita foram 2 (12,5%) idosas, enquanto, à esquerda, foi somente 1 (6,3%), e ainda houve 1 (6,3%) das idosas para ambos os lados. Não foi constatado paresia em membro superior direito e esquerdo em nenhuma das voluntárias, diferentemente dos membros inferiores, onde evidenciou paresia em 2 (12,5%) das idosas, tanto em membro esquerdo quanto no direito.

Tabela 3 - Deficiências apresentadas pela amostra

	n (%) / n (16)
Deficiências	
Baixa acuidade visual	13 (81,3)
Acuidade visual diminuída em direita	11 (68,8)
Acuidade visual diminuída em esquerda	11 (68,8)

Continua...

Continuação.

	n (%) / n (16)
Acuidade visual diminuída em ambos	11 (68,8)
Utilizam óculos	13 (81,3)
Baixa acuidade auditiva	4 (25,0)
Acuidade auditiva diminuída em direita	2 (12,5)
Acuidade auditiva diminuída em esquerda	1 (6,3)
Acuidade auditiva diminuída em ambos	1 (6,3)
Paresia em MSD	0 (0,0)
Paresia em MSE	0 (0,0)
Paresia em MID	2 (12,5)
Paresia em MIE	2 (12,5)

Fonte: Dados da Pesquisa 2018.

A Tabela 4 apresenta os resultados do score das escalas aplicadas nas voluntárias, sendo que no 6TDC, obteve-se 15 (93,8%) delas com cognição comprometida. Após a realização da terapia, toda a amostra de 16 (100,0%) constatou a cognição comprometida. Sobre a escala de Katz, as 16 (100,0%) idosas atingiram a classificação de total independência, preservando esse mesmo número após a Hidroterapia. A escala de Lawton recebeu 12 (75,0%) voluntárias no quesito total independência, enquanto a moderada independência, apenas 4 (25,0%) delas. Após a prática, a amostra de 16 (100,0%) idosas encaixou-se na classificação de total independência. A classificação do MEEM gerou um número de 9 (56,3%) idosas que se inseriram no quesito analfabeto, ocorrendo uma diminuição de uma idosa logo após as sessões, resultando em 8 (50,0%) idosas. A escolaridade de 1 a 3 anos recebeu 3 (18,8%) idosas, logo após a terapia, esse número aumentou para 7 (43,8%). E a escolaridade de 4 a 7 anos constatou 4 (25,0%) das idosas, e a seguir, diminuiu para somente 1 (6,3%).

Tabela 4 - Resultados dos scores das escalas submetidas na amostra

	Média ± Desvio Padrão, n (%)		
	Intervenção		
	Antes	Depois	Valor-p [†]
	n=16	n=16	
Classificação 6TDC			
Normal	1 (6,3)	0 (0,0)	
Cognição comprometida	15 (93,8)	16 (100,0)	
6TDC	11,75 ± 2,81	11,25 ± 2,29	0,248
Classificação Katz			
Total independência	16 (100,0)	16 (100,0)	
Dependência parcial	0 (0,0)	0 (0,0)	
Dependência importante	0 (0,0)	0 (0,0)	
Dependência total	0 (0,0)	0 (0,0)	
Katz	12,00 ± 0,00	12,00 ± 0,00	0,999
Classificação Lawton			
Total independência	12 (75,0)	16 (100,0)	
Moderada dependência	4 (25,0)	0 (0,0)	
Total dependência	0 (0,0)	0 (0,0)	
Lawton	20,12 ± 1,25	20,00 ± 2,28	0,999
Classificação MEEM			
Analfabeto	9 (56,3)	8 (50,0)	
1 a 3 anos de escolaridade	3 (18,8)	7 (43,8)	
4 a 7 anos de escolaridade	4 (25,0)	1 (6,3)	
MEEM	21,06 ± 2,88	21,18 ± 1,86	0,972

6TDC - Teste de Declínio Cognitivo; Katz - Escala da atividade de vida diária;
Lawton - Escala de avaliação de vida instrumental; MEEM - Mini Exame do
Estado Mental

[†]Valores obtidos por meio da aplicação do teste T de Wilcoxon.

Fonte: Dados da Pesquisa 2018.

O presente estudo propôs aplicar um protocolo de Hidroterapia em um grupo de mulheres idosas, que, segundo pesquisadores pode ser considerado o sexo com maior propensão a quedas, com massa magra e força muscular menor, por apresentar uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e por estarem mais expostas às atividades domésticas quando comparadas ao homem (PERRACINI & RAMOS, 2002).

De acordo com Molina (1997), estresse pode ser definido como qualquer situação de tensão aguda ou crônica, que produz uma mudança no comportamento físico e no estado emocional do indivíduo, e uma resposta de adaptação psicofisiológica que pode ser negativa ou positiva ao organismo. Cunha e colaboradores (2018) afirmam que a água possui propriedades físicas decorrentes do empuxo, da pressão hidrostática, da turbulência e da temperatura que acabam influenciando diretamente no relaxamento muscular, tornando o indivíduo mais calmo e tranquilo. No presente estudo, não foram observados significância ($p=0,999$) expressiva quanto ao estresse, visto que, das dezesseis (16) voluntárias, dez (10) se consideravam uma pessoa calma antes da intervenção de Hidroterapia.

No quesito confiante, podemos perceber que houve um aumento significativo ($p\neq 0,125$), visto que Caromano e Candeloro (2000) concluíram em sua pesquisa que a relação do idoso com a Hidroterapia é a sensação de ausência de peso e dor, que, associado ao domínio de um meio diferente e a experiência de fazer algo novo, proporciona autoconfiança e aumenta a autoestima do indivíduo.

Para os dados obtidos no item comunicativo através da aplicação dos questionários, estes demonstram que, não apresentou diferença no antes e no depois da intervenção ($p\neq 0,999$), para este quesito em específico não encontramos literatura que discorra sobre.

No item deprimido, os resultados permaneceram os mesmos, o que difere de pesquisas que demonstram um alto índice de benefícios em idosos que possuem depressão e realizam a Hidroterapia. Os autores Mota e colaboradores (2015) afirmam em sua pesquisa, que a Hidroterapia utiliza as proprie-

dades físicas da água e a capacidade térmica para promover o bem-estar físico e mental do paciente, proporcionando ao mesmo tempo benefícios psicológicos de modo a retardar o aparecimento de novas doenças, bem como a depressão.

Nesse presente estudo, houve um escore insignificativo ($p \neq 0,625$) de idosas que se designaram estarem ansiosas após as sessões de Hidroterapia. Contudo, Pacagnelli e colaboradores (2015) compuseram um estudo no qual analisaram o efeito da Hidroterapia em 19 voluntárias, investigando o nível de ansiedade e de depressão das mesmas. Como forma de avaliação foi utilizado um questionário seguido de um protocolo de Hidroterapia de oito semanas. Os resultados do estudo demonstraram diferenças insignificativas nos níveis de ansiedade e depressão após a intervenção. Os autores sugerem que os baixos níveis de ansiedade e depressão estejam relacionados, principalmente, às características sociodemográficas das participantes, como alto nível educacional e socioeconômico.

Entre os idosos, é comum acontecerem multimorbididades e episódios de quedas, gerando certas incapacidades ou dependência, assim piorando a qualidade de vida (RIBEIRO *et al.*, 2008). Acredita-se que o medo de sofrer quedas possa levar a insegurança sobre o idoso, devido ao fato de as consequências poderem ser desastrosas. O medo de cair durante o período em que estão na água, entre os idosos do presente estudo, foi notoriamente aumentado, isto pode ser considerado devido a uma consequência destacada por autores que descrevem alterações como perda de autonomia, dependência para as atividades de vida diária e sentimentos de fragilidade e insegurança. A insegurança é ainda maior quando o idoso apresenta alguma enfermidade ou limitação prévia.

A demência é definida como uma doença crônica, caracterizada pelo declínio da memória, declínio intelectual, dentre outras funções como linguagem, capacidade de reconhecer e identificar objetos, organização, planejamento e sequenciamento, alteração de comportamento ou de personalidade (MACHADO *et al.*, 2011). Através da escala de 6TDC detectamos uma insignificância nos resultados ($p \neq 0,248$), pois uma grande parte da amostra já pos-

suí comprometimento da cognição antes de realizar a terapia aquática, sendo que ao final da prática, toda a amostra apresentou a cognição comprometida.

No quesito das atividades básicas de vida diária (ABVD) aplicado por meio da escala de Katz, esta apresentou unanimidade de total independência ($p \neq 0,999$) não havendo diferença nos pós protocolo de Hidroterapia. Em uma pesquisa feita, na Faculdade Cenecista de Osório-RS, que objetivou analisar os níveis de autonomia para o desempenho nas ABVD entre idosos praticantes de atividades físicas e idosos sedentários, onde participaram da investigação 48 pessoas com idade entre 60 e 88 anos, separados por Grupo A e B. Os autores descrevem um Grupo A composto por indivíduos sedentários, e um Grupo B por indivíduos que praticavam atividade física, através da escala Katz. Os resultados encontrados apontaram que os indivíduos sedentários apresentam nível inferior de autonomia para o desempenho nas ABVD quando comparados aos indivíduos ativos fisicamente. Portanto, a prática de atividade física promove além da prevenção, a reabilitação da saúde do idoso, pois acrescenta melhoras a aptidão física, e conseqüentemente, facilita a manutenção de níveis de independência e autonomia para as AVD (BORGES *et al.*, 2009). No presente estudo, existiam idosos ($n=12$) que já faziam prática da Hidroterapia, considerada válida como exercício físico, e as demais ($n=4$) realizavam outro tipo de atividade física como caminhada e atividades de grupos da terceira idade, explicando assim, o fato da unanimidade no teste.

Ao analisarmos a escala de Lawton observou-se que os resultados no aspecto total independência, demonstrou a capacidade da amostra voluntária de realizar tarefas mais complexas e que estão relacionadas a participação do idoso no meio social. Para Nakatani e colaboradores (2003), a relação à capacidade de realizar as AIVD, foi identificado que 27,4% eram independentes, 68,4% apresentavam dependência parcial e 4,2% apresentavam dependência total, perfazendo 72,6% de idosos com dificuldades para administrar o ambiente em que viviam e lidarem com a vida social de forma autônoma. Em outra pesquisa, Costa e colaboradores (2006) relataram que a incapacidade na realização de uma dessas atividades instrumentais de vida diária, além de

prejudicar a vida social do idoso, implica em transtornos para ele e sua família, a qual terá que disponibilizar mais tempo, energia e recursos financeiros.

Ao avaliarmos a classificação de escolaridade pelo MEEM, observou-se estar de acordo com a pesquisa de Laks e colaboradores (2003), onde descreveram que idosos alfabetizados e não alfabetizados, encontraram diferença significativa ao avaliar o desempenho cognitivo através do MEEM, ressaltando a necessidade de estabelecer pontos de corte diferenciados pelo tempo de escolaridade. Em um estudo de Akbarin e colaboradores (2013), os autores encontraram um pior desempenho em comparação com os demais, além do esperado, em indivíduos analfabetos.

As escalas de KATZ, LAWTON, MEEM, 6TDC, bem como o estado geral através de questionário estruturado, podem ser utilizadas a fim de verificar a melhora na qualidade de vida de mulheres participantes de Hidroterapia e podem ainda ser consideradas como ferramentas importantes na quantificação e qualificação de resultados em pesquisas com grupo de idosos.

CONCLUSÃO

Ao analisarmos os resultados do presente estudo, concluímos que os efeitos da Hidroterapia em grupo de mulheres idosas não sofreram diferenças significativas no que diz respeito ao estado geral das pesquisadas, embora a literatura demonstre que a Hidroterapia possui grande eficácia sobre casos de manutenção e prevenção de doenças em idosos. Além disso, a terapia aquática é capaz de atuar também no estado mental e emocional dos idosos, promovendo aumento da autoestima, bem como da autoconfiança.

O 6TDC foi um teste que nos revelou uma importante cognição comprometida nas voluntárias, visto que quinze delas já apresentavam o comprometimento e após a realização da terapia todo o grupo se inseriu nessa categoria. O déficit cognitivo prejudica a realização de atividades sociais e ocupacionais, regredindo o indivíduo a realizar atividades funcionais em longo prazo, consequentemente, perdendo sua autonomia.

Através da escala de Katz, foi possível concluir que toda a amostra apresentou total independência nas atividades básicas de vida diária, perpetuando o mesmo resultado após as sessões de terapia aquática. A integridade da independência do idoso é fundamental para a promoção da sua qualidade de vida, pois é dessa forma que o permite continuar o processo de envelhecimento da forma mais saudável possível, longe de enfermidades.

Após a intervenção, a escala de Lawton nos proporcionou obter resultados unânimes no aspecto total independência. É importante destacar a diferença entre as atividades básicas e as instrumentais, visto que as primeiras se relacionam a tarefas cotidianas de autocuidado, embora as segundas sejam atividades que exigem o manuseio de algum instrumento para facilitar a sua integração no meio social.

O MEEM foi um exame que nos possibilitou analisar a escolaridade do indivíduo, visto que após a Hidroterapia, os anos de escolaridade da amostra elevaram de forma significativa de modo geral. Vale lembrar que é um exame de rastreamento inicial do estado mental, usados isoladamente ou incorporado a outros instrumentos mais amplos, mas só ele não permite o fechamento do diagnóstico de demências.

Apesar de a amostra ser pequena, os resultados indicam que o programa de exercícios de Hidroterapia não foi tão significativo para as voluntárias idosas quanto esperávamos, atribuímos ao fato de o programa de atendimento ter acontecido em apenas 20 sessões de Hidroterapia. Indica-se tratamentos mais prolongados e duradouros para a percepção de resultados positivos.

REFERÊNCIAS

AKBARIAN, S.; BEERI, M. S.; HAROUTUNIAN, V. **Epigenetic determinants of healthy and diseased brain aging and cognition.** [S.l.]; 2013.

ARAÚJO, F.; PAIS, J.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C.; MARTINS, T. **Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados.** Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA; 2008.

BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M.; BARBOSA, M. R.; BARBOSA, L. A. R. **Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade.** Ciênc. Saúde coletiva. Minas Gerais; 2014.

BORGES, M. R. G.; MOREIRA, A. K. **Influências da prática de atividades físicas na terceira idade:** estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. Motrix, Rio Claro; 2009.

CAMILOTTI, B. M.; RODACK, A. L.; ISRAEL, V. L.; FOWLER, N. E. **Stature recovery after sitting on land and in water.** Manual Therapy; 2009.

CAROMANO, F. A.; CANDELORO, J. M. **Estudo de caso sobre os efeitos funcionais e comportamentais de um programa preventivo de Hidroterapia para idosos.** Comunicação em Congresso Interno do Curso de Fisioterapia da USP. São Paulo; 2000.

CERVATO, A. M.; DERNTL, A. M.; LATORRE, M. R. O.; MARUCCI, M. F. N. **Educação nutricional para adultos e idosos:** uma experiência positiva em Universidade Aberta para Terceira Idade. Revista de Nutrição. [S.L.]; 2005.

CHAVES, M. **Testes de avaliação cognitiva:** Mini Exame do Estado Mental; 2009.

COSTA EC, NAKATANI AY, BACHION MM. **Elder's community capacity to develop Daily Life Activities and Daily Instrumental Life Activities.** Acta Paul Enferm. [S.L.]; 2006.

CUNHA, M. G.; CAROMANO, F. A. **Efeitos fisiológicos da imersão e sua relação com a privação sensorial e o relaxamento em Hidroterapia.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo; 2003.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. **Studies of illness in the aged.** The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 1963.

KATZMAN, R.; BROWN, T.; FULD, P. **Validation of a short orientation-memory- concentration test of cognitive impairment.** Am J Psychiatry. [S.l.]; 1983.

LAKS, J.; BATISTA, E. M.; GUILHERME, E. R.; CONTINO, A. L.; FARIA, M. E.; FIGUEIRA, I.; ENGELHARDT, E. **O minixame do estado mental em idosos de uma comunidade:** dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro; 2003.

MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L.; COTTA, R. M. M.; LEAL, P. F. G. **Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro; 2011.

MARTINS, A. P. M. S.; DEAN, C. **Qualidade de vida de idosos participantes do grupo de ginástica em Fortuna de Minas, Minas Gerais.** Revista Brasileira de Ciências da Vida; 2017.

MOLINA, O. F. **Estresse no cotidiano.** São Paulo: Pancast; 1996.

MOTTA, L. R. S.; MELLO, N. F.; DORNELLES, M. S.; VENDRUSCULO, A. P. **O efeito da Hidroterapia na interação social de idosos.** Centro Universitario Franciscano, Santa Maria; 2015.

MURMAN, D. L. **The Impact of Age on Cognition.** Semin Hear. [S.l.]; 2015.

NAKATANI, A. Y. K.; COSTA, E. F. A.; TELES, S. A.; SILVA, L. B.; RÊGO, M. P.; SILVA E SOUZA, A. C. **Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás.** Rev Soc Bras Clin Méd. Goiás; 2003.

PACAGNELLI, F. L.; FREIRE, A. P. C. F.; ROCHA, A. P. R.; GOMES, P. R. L.; FREGONESI, C. E. P. T.; CARMO, E. M. **Níveis de ansiedade e depressão em gestantes submetidas a um programa de hidroterapia.** São Paulo; 2015.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. **Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade.** Rev SaúdePública. [S.l.]; 2002.

REBELATTO, J. R.; CALVO, J. I.; OREJUELA, J. R.; PORTILLO, J. C. **Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular**

manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. Revista Brasileira de Fisioterapia. São Paulo; 2006.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; SCHILITZ, A. O. **A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos.** Ciência e Saúde Coletiva. [S.l.]; 2008.

RIBEIRO, V. S.; ROSA, R. S.; SANCHEZ, G. J. C.; RIBEIRO, I. J. S.; CASSOTI, C. A. **Calidad de vida y depresión en idosos en el contexto domiciliar.** Enfermería Actual de Costa Rica; 2018.

ROSA, T. S.; ANDRIOLLO, D. B.; VEI, A. P. Z.; MAI, C. G. **Hidroterapia como prevenção de quedas na terceira idade:** revisão de literatura. Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde. Santa Maria; 2013.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de idosos dependentes.** Coimbra: Quarteto Editora. [S.l.]; 2007.

SULLIVAN D. **Validity and Reliability of the 6-Item Cognitive Impairment Test Screening Cognitive Impairment:** A Review. [S.l.]; 2016.

CONDIÇÃO DE SAÚDE FUNCIONAL E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE AGROPECUARISTAS DE NOVA VENEZA/SC

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat12>

Larissa Damiani Romagna

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

lari-dr@hotmail.com

Tainara Tramontin

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

tai_tramontin@hotmail.com

Willians Cassiano Longen

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

wcl@unesc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

O interesse pela saúde de populações que habitam regiões rurais tem se elevado em todo o mundo, buscando serviços de saúde para o seu atendimento (TECKLE, HANNAFORD; SUTTON, 2012; MOREIRA *et al.*, 2015). Este interesse ocorre por conta de que o setor agrícola é um dos três setores mais perigosos do mundo do trabalho, onde os trabalhadores rurais estão expostos a uma variedade de fatores que afetam sua segurança e saúde (KOLSTRUP, 2012; LUNNER-KOLSTRUP; SSALI, 2016).

O tipo e a natureza das tarefas, incluindo as subdivisões de trabalho no setor agrícola, geralmente, exigem que os trabalhadores adotem posturas incômodas. Essas posturas incluem inclinar-se para frente e para o lado, ajoelhar, rastejar e torcer, o que pode induzir ao estresse traumático e aos danos físicos (TAGHAVI *et al.*, 2016). Os distúrbios músculo-esqueléticos relacionados ao trabalho são descritos como uma das principais doenças relacionadas aos trabalhadores do setor agrícola (TAGHAVI *et al.*, 2016; WALKER-BONE; PALMER, 2002; MCMILLAN, 2010). Inicialmente, essas lesões podem surgir através de um quadro algíco, podendo evoluir para problemas maiores, como é o caso das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) (MCMILLAN, 2010).

Estes fenômenos são resultados de uma combinação da sobrecarga do sistema osteomuscular, que pode ocorrer pelo excesso do uso de determinados grupos musculares, principalmente, quando a respectiva atividade demanda de esforços e resistências contra a ação da gravidade (BACHIEGA, 2009).

As excessivas demandas físicas do trabalho são as principais causas que comumente afetam os trabalhadores rurais, sendo que as LER/DORT acometem de forma significativa esses trabalhadores, gerando dor na região lombar (DA SILVA, 2017; ALVES; GUIMARÃES, 2012). Os movimentos de elevação de tronco, flexão e extensão de forma prolongada e repetida da coluna, além do transporte de cargas pesadas são fatores de risco para o surgimento de lesões e processos algícos (DA SILVA, 2017; FATHALLAH, 2010). Estudos

afirmam que a lombalgia é o sintoma musculoesquelético mais frequente entre os agricultores, com uma prevalência vitalícia de 75% (BALAGUE *et al.*, 2012; OSBORNE *et al.*, 2012; KANG *et al.*, 2017).

O processo de execução do trabalho e a forma em que é realizado, considerando o levantamento de peso, movimentos bruscos de flexão e má postura durante as atividades levam os trabalhadores rurais a desenvolverem sintomas dolorosos (SARAH *et al.*, 2011; ROCHA *et al.*, 2014). Esses sintomas surgem de acordo com as tarefas executadas, como é o caso das atividades manuais, estando inclusos o plantio, colheita, inspeção e embalagem dos produtos, poda, carregamento, transporte de mercadorias e uso de produtos químicos. Essas condições podem acarretar diversos malefícios à saúde como fadiga generalizada, transtornos traumáticos cumulativos, contraturas musculares, dores e lesões na coluna cervical e lombar, dores nos membros superiores e inferiores, dores articulares e musculoesqueléticas, além de lesões de mão e punho (VILLAREJO *et al.*, 2010; ROCHA *et al.*, 2014).

O objetivo do presente estudo foi analisar a condição de saúde funcional e de capacidade para o trabalho de trabalhadores rurais, bem como a identificação de sintomas musculoesqueléticos e o índice de capacidade para o trabalho. Da mesma forma, foram levantados os segmentos corporais mais acometidos e a presença de incapacidade física subclassificada em leve, moderada e intensa. Além disso, foi verificada a percepção subjetiva de esforço relacionada às atividades mais executadas de acordo com o tipo de trabalho.

MÉTODOS

Esta pesquisa é uma abordagem transversal e quantitativa. Foi realizada no Sindicato dos Trabalhadores Rurais do município de Nova Veneza-SC entre os meses de agosto e outubro de 2018. Foram incluídos neste estudo, somente indivíduos com idade entre 25 e 60 anos, de ambos os sexos, sendo trabalhador rural ativo. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob o parecer n. 2.718.610.

O cálculo da amostra foi realizado por meio do programa Cálculo Amostral – calculadora on-line (SANTOS, 2018). Com base nos dados do Sindicato dos Trabalhadores Rurais da região de Nova Veneza, o número de trabalhadores agropecuários cadastrados no município foi de 908, representando a população da pesquisa. A amostra alvo foi de 45 trabalhadores, recrutados de forma aleatória.

Foi aplicado o Questionário Sociodemográfico composto por oito questões de múltipla escolha, o qual objetivou a análise da sintomatologia relacionada a distúrbios osteomusculares nos trabalhadores rurais, de acordo com o setor de envolvimento. Dessa maneira, possibilitou a coleta de dados pessoais e de dados relacionados ao trabalho, na qual o indivíduo respondeu às alternativas que melhor definem suas condições de trabalho e saúde.

Para quantificar o esforço realizado no trabalho do participante, recorreu-se a Escala Psicofísica CR-10 De Borg, apresentada por meio de uma tabela (LIGEIRO, 2010). Empregou-se o Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) para análise e detecção dos sintomas musculoesqueléticos, composto em 28 questões de múltipla escolha (DICKINSON *et al.*, 1992; LÓPEZ-ARAGÓN *et al.*, 2017).

Para análise da dor do voluntário, utilizou-se a Escala Visual Analógica (EVA), a qual foi apresentada por meio de uma escala referencial com cores, números e caretas determinando a ausência de dor até a dor máxima (HERR *et al.*, 2010; PESONEN, 2018; CUSTÓDIA, 2015).

O Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (ODQ) foi utilizado com o intuito de avaliar disfunções nos participantes com lombalgias por meio de uma análise das atividades de vida diária. Questões relacionadas aos membros superiores também foram incluídas no questionário, levando em consideração os níveis de dificuldade durante as atividades de vida diária (FAIRBANK, 1980; WALSH, 2005; MASSELLI *et al.*, 2007).

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foi aplicado para classificar a compreensão do indivíduo em relação ao quanto bem os trabalhadores estão no momento atual e como estará no futuro. Bem como, explorou o quanto

bem eles podem realizar o trabalho, em função das condições impostas, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais (SILVA *et al.*, 2013).

Os dados coletados foram organizados e analisados com auxílio do programa IBM Statistical Package for the Social Sciencies (SPSS) versão 23.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

RESULTADOS

A média de idade dos 45 trabalhadores agropecuários foi 51,24 ($\pm 7,81$) anos, sendo 71,1% dos indivíduos do sexo masculino e 28,9% do sexo feminino. O tempo de atividade no ramo agrícola alcançou 36,69 ($\pm 12,54$) anos, com uma jornada diária de 9,96 ($\pm 2,48$) horas. Quanto à posição mais adotada durante o trabalho, 82,2% participantes responderam que sua posição predominante no dia a dia é a posição ortostática, seguido de 15,6% que responderam a posição em sedestação e 2,2% de cócoras. Em relação ao cansaço, 42,2% responderam sentir-se cansados no final do dia de trabalho, 22,2% exaustos, 17,8% pouco cansados, 15,6% muito cansados e 2,2% nenhum cansaço (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos Trabalhadores Agropecuários e Dados Referentes ao Trabalho

	Média \pm DP; n (%) n = 45
Idade (anos)	51,24 \pm 7,81
Sexo	
Masculino	32 (71,1)
Feminino	13 (28,9)
Tempo de trabalho	36,69 \pm 12,54
Horas de trabalho	9,96 \pm 2,48
Posição de trabalho	

Continua...

Continuação.

	Média ± DP; n (%) n = 45
De pé	37 (82,2)
Sentado	7 (15,6)
Cócoras	1 (2,2)
Cansaço	
Nenhum cansaço	1 (2,2)
Pouco cansado	8 (17,8)
Cansado	19 (42,2)
Muito cansado	7 (15,6)
Exausto	10 (22,2)

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

DP-Desvio Padrão.

Para estimar a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho foi utilizado o Nordic Musculoskeletal Questionnaire. O segmento mais mencionado foi a coluna lombar, envolvendo 60,0% dos agricultores, que relataram dor, formigamento ou dormência nessa região nos últimos 12 meses; 15,6% foram impedidos de realizar suas atividades nos últimos 12 meses por problemas nessa região, 22,2% consultaram médicos ou fisioterapeutas nos últimos 12 meses por conta dessa condição, 15,6% tiveram problemas na região lombar nos últimos 7 dias. Em seguida, o segmento mais citado foram os ombros, sobre os quais 26,7% manifestaram sintomas nos últimos 12 meses, 8,9% foram impedidos de realizar atividades nos últimos 12 meses, 11,1% consultaram profissionais saúde, 11,1% apresentaram problemas nos últimos 7 dias. O terceiro segmento corporal mais mencionado foram punho e mãos, sendo que 24,4% afirmaram sintomas nos últimos 12 meses, 2,2% tendo impedimento para realizar atividades nos últimos 12 meses, 2,2% consultaram profissionais da saúde nos últimos 12 meses, 4,4% apresentaram problemas nos últimos 7 dias (Tabela 2).

**Tabela 2 - Análise de Sintomas Musculoesqueléticos Através do Nordic
Musculoskeletal Questionnaire (NMQ)**

	n(%) / n=45	
	Sim	Não
Pescoço		
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	5 (11,1)	40 (88,9)
Impedido de realizar atividades (12 meses)	0 (0,0)	45 (100,0)
Consultou profissional da saúde (12 meses)	1 (2,2)	44 (97,8)
Teve alguma dor (7 dias)	1 (2,2)	44 (97,8)
Ombros		
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	12 (26,7)	33 (73,3)
Impedido de realizar atividades (12 meses)	4 (8,9)	41 (91,1)
Consultou profissional da saúde (12 meses)	5 (11,1)	40 (88,9)
Teve alguma dor (7 dias)	5 (11,1)	40 (88,9)
Superior das Costas		
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	2 (4,4)	43 (95,6)
Impedido de realizar atividades (12 meses)	0 (0,0)	45 (100,0)
Consultou profissional da saúde (12 meses)	1 (2,2)	44 (97,8)
Teve alguma dor (7 dias)	1 (2,2)	44 (97,8)
Cotovelo		
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	6 (13,3)	39 (86,7)
Impedido de realizar atividades (12 meses)	1 (2,2)	44 (97,8)
Consultou profissional da saúde (12 meses)	1 (2,2)	44 (97,8)
Teve alguma dor (7 dias)	2 (4,4)	43 (95,6)
Punho e Mão		
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	11 (24,4)	34 (75,6)
Impedido de realizar atividades (12 meses)	1 (2,2)	44 (97,8)
Consultou profissional da saúde (12 meses)	1 (2,2)	44 (97,8)
Teve alguma dor (7 dias)	2 (4,4)	43 (95,6)
Costas Inferior		
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	27 (60,0)	18 (40,0)
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	10 (22,2)	35 (77,8)

Continua...

	n(%) / n=45	
	Sim	Não
Quadril e Coxa		
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	9 (20,0)	36 (80,0)
Impedido de realizar atividades (12 meses)	1 (2,2)	44 (97,8)
Consultou profissional da saúde (12 meses)	5 (11,1)	40 (88,9)
Teve alguma dor (7 dias)	3 (6,7)	42 (93,3)
Joelho		
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	8 (17,8)	37 (82,2)
Impedido de realizar atividades (12 meses)	2 (4,4)	43 (95,6)
Consultou profissional da saúde (12 meses)	4 (8,9)	41 (91,1)
Teve alguma dor (7 dias)	1 (2,2)	44 (97,8)
Tornozelo e Pé		
Dor, formigamento ou dormência (12 meses)	3 (6,7)	42 (93,3)
Impedido de realizar atividades (12 meses)	2 (4,4)	43 (95,6)
Consultou profissional da saúde (12 meses)	1 (2,2)	44 (97,8)
Teve alguma dor (7 dias)	0 (0,0)	45 (100,0)

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

A avaliação da intensidade da dor foi classificada pela EVA, sendo que 62,2% relataram intensidade de dor moderada, 31,1% dor intensa e 6,7% dor leve (Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação da Intensidade da Dor com a Escala Visual Analógica (EVA)

	n (%) / n=45
Escala Visual Analógica	
Leve	3 (6,7)
Moderada	28 (62,2)
Intensa	14 (31,1)

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Os resultados Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (ODQ) mostraram que 97,8% dos trabalhadores apontaram incapacidade de grau mínimo para realização das atividades de vida diária, seguido de 2,2% que demonstraram incapacidade de grau moderado e nenhum reportou grau de incapacidade severa (Tabela 4).

Tabela 4 - Classificação da Incapacidade com o Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (ODQ)

	n (%) / n = 45
Grau de Incapacidade	
Mínima (0 a 19)	44 (97,8)
Moderada (20 a 39)	1 (2,2)
Severa (40 a 60)	0 (0,0)

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) alcançou 40% da amostra na qual refere capacidade moderada para o trabalho; 40% das respostas foram classificadas como capacidade boa para o trabalho e 20% como capacidade baixa, sendo que nenhum dos participantes classificou sua capacidade como ótima. De acordo com seu escore final, quanto maior a pontuação, melhor será a capacidade para o trabalho. Dessa forma, obteve-se uma média de 32,90 (\pm 6,57), classificando a capacidade para o trabalho, no geral, como moderada (Tabela 5).

De acordo com a análise, foi identificada uma elevada média de idade de 51,24 anos, tendo predomínio do sexo masculino e elevado tempo de trabalho na agricultura, em média 35 anos. Uma pesquisa com indivíduos agropecuários coreanos também apresentou elevada média de idade, sendo 56,6 anos e prevalência do sexo feminino (KANG *et al.*, 2017). O elevado tempo de trabalho de agricultores da cidade de Irati, Paraná, apresentou uma média um pouco inferior à encontrada neste estudo com estes trabalhadores agropecuários de município do sul catarinense (STADLER, 2016).

No presente estudo, foi verificada uma elevada carga horária diária de trabalho, correspondendo a mais de 9 horas. Em um município do Extremo Oeste catarinense, a média de tempo utilizada para o trabalho era de 11,63 horas durante a safra (DA SILVA, 2017).

A maior exposição diária com longas jornadas às condicionantes do trabalho agropecuário torna essa população trabalhadora exposta a inúmeros riscos físicos relacionados às condições climáticas devido ao trabalho a céu aberto, como altas temperaturas, chuva e radiação solar. Estão envolvidos riscos de acidentes como traumas e incêndios, além dos riscos ergonômicos que estão associados aos movimentos repetitivos, posturas inadequadas e sobrecargas físicas. O esforço físico associado ao ambiente de trabalho com altas temperaturas leva a sobrecarga potencializada pelo estresse térmico (LEITE *et al.*, 2018).

A posição ortostática teve destaque em relação ao predomínio de posturas durante as atividades de trabalho. Essa posição exige uma contração mantida de músculos envolvidos na sua manutenção, tendo como consequência a fadiga muscular, além de dores e desconfortos na coluna vertebral e membros inferiores. A manutenção da posição em ortostase exige constantemente tensões musculares causando a compressão de vasos sanguíneos. Durante a contração estática dos músculos ocorre um enrijecimento tecidual sendo que a pressão intramuscular reduz o diâmetro dos vasos prejudicando a pressão sanguínea dos músculos de modo a prejudicar o retorno venoso das extremidades (BERENGUER, 2011).

Em uma pesquisa com agropecuários de um pequeno município do sul de Minas Gerais foi identificada prevalência do trabalho em ortostase, envolvendo 86,8% dos entrevistados (MANZOLI, 2017). Isso demonstra que o homem tende a se adaptar de acordo com as exigências e necessidades empregadas no ambiente de trabalho. É importante destacar a associação entre o trabalho em pé e elevadas cargas horárias de exposição, o que expõe estes trabalhadores por maiores períodos às condicionantes da posição ortostática. Uma pesquisa relata que queixas de dores, especialmente na coluna lombar, estão associadas a atividades que demandam da posição em pé (SOUZA *et al.*, 2017).

Este estudo destaca que 64,4% dos indivíduos apresentaram-se entre cansados e exaustos no final do dia de trabalho. Num estudo no município de Mendonça, estado de São Paulo, o valor percentual foi distinto, com uma porcentagem de 37,7% envolvendo o cansaço excessivo no período pós-safra (MARTINS e LONGEN, 2017). Essa condição pode estar associada à elevada carga horária diária de trabalho e às manutenções da posição ortostática associadas às demandas físicas do exercício das atividades do trabalho agropecuário identificadas neste estudo.

O predomínio de dor lombar foi elevado entre os entrevistados de um município do Extremo Oeste Catarinense, alcançando quase a totalidade com 98,7% dos voluntários, evidenciando dor de forte intensidade em 44,3% da amostra (SILVA *et al.*, 2013).

No presente estudo foi identificado o predomínio de dor de intensidade moderada, alcançando 62,2%, sendo que 60% tiveram dores ou desconfortos na coluna lombar nos últimos 12 meses. Esses achados sugerem cronicidade, considerando o tempo de duração da dor, sua persistência e recorrência, sugerindo envolver distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Dessa forma, as dores crônicas são as que permanecem por mais de três meses, não tendo necessariamente uma causa específica, como é o caso de lombalgias (MARTINS e LONGEN, 2017). Em relação aos impactos da lombalgia no cotidiano de vida, 15,6% foram impedidos de exercer suas atividades nos últimos 12 meses e 15,6% apresentaram dores lombares nos últimos 7 dias.

A presença de lombalgia mostrou-se dissociada de incapacidade para o trabalho, sendo classificada em grau mínimo, representando quase que a totalidade, ao envolver 97,8% dos entrevistados. É importante destacar que a frequência de lombalgia ocorreu neste estudo envolvendo uma média de idade elevada entre os agropecuaristas, carga horária diária também elevada e presença de sintomas musculoesqueléticos predominantemente na coluna lombar. Esses dados evidenciam que a dor não é um determinante de incapacidade e os trabalhadores agrícolas continuam ativos.

Nos entrevistados do Extremo Oeste catarinense, os resultados indicaram grau mínimo de incapacidade em 78,2% dos trabalhadores e predomínio de dor de forte intensidade, correspondendo a 44,3%, o que consequentemente levaria ao impedimento das atividades (DA SILVA, 2017).

No presente estudo, foi evidenciado que a maioria dos participantes foi classificada com escores equivalentes à incapacidade mínima para o trabalho em relação aos elevados índices de dores na coluna lombar. Dessa maneira, os resultados apontaram que a capacidade para o trabalho destes trabalhadores foi classificada entre boa e moderada. Isso demonstra que os sintomas álgicos não levam à incapacidade por si só, envolvendo uma maior complexidade do que somente a dor lombar. É importante destacar que especialmente no tocante aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, vários são os fatores contributivos envolvidos nas condicionantes do trabalho (LONGEN *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

O trabalho agropecuário apresenta risco potencial de distúrbios musculoesqueléticos, devido às suas particularidades que colocam a pessoa exposta a riscos diversificados e concomitantes, principalmente os ergonômicos. A lombalgia crônica foi evidenciada como um distúrbio frequente nessa população trabalhadora. Chamou a atenção neste estudo o fato de que os sintomas álgicos não determinaram condições incapacitantes para o trabalho, isso apesar da existência de outros fatores que poderiam impactar no desempenho dos trabalhadores a exemplo da percepção subjetiva de esforço das atividades agropecuárias. As condições de trabalho envolvidas podem favorecer o desenvolvimento de sintomas musculoesqueléticos envolvendo esta população trabalhadora que se mostra resiliente e se mantém laboralmente ativa. Parte destes achados pode ser explicada por uma adaptação ao desconforto, pela cronificação dos sintomas e pelas necessidades imperativas de realização do trabalho. Ficou patente a demanda de realização de estudos junto ao trabalhador agropecuário na melhor compreensão dos fenômenos que envolvem sua condição funcional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. A.; GUIMARÃES, M. C. **De que sofrem os Trabalhadores Rurais?** Análise dos Principais Motivos de Acidentes e Adoecimentos nas Atividades Rurais. *Informe Gepec*. 2012; 16 (2): 39-56.
- BACHIEGA, J. C. Sintomas de distúrbios osteomusculares relacionados à atividade de cirurgiões-dentistas brasileiros [dissertação na Internet]. São Paulo (SP): Universidade Nove de Julho. 2009.
- BALAGUE, F.; MANNION, A. F.; PELLISE, F.; CEDRASCHI, C. Non-Specific Low Back Pain. **Lancet**. 2012; n. 379, p. 482-491.
- BERENGUER, F. A.; SILVA, D. A. L.; CARVALHO, C. C. Influência da posição ortostática na ocorrência de sintomas e sinais clínicos de venopatias de membros inferiores em trabalhadores de uma gráfica na cidade de Recife-PE. 2011; v. 36, n. 123, p. 153-161.
- BERNAARDS, C. M.; BOSMANS, J. E.; HILDEBRANDT, V. H.; VAN TULDER, M. W.; HEYMANS, M. W. The Cost-Effectiveness of a Lifestyle Physical Activity Intervention in Addition to a Work Style Intervention on Recovery from Neck and Upper Limb Symptoms and Pain Reduction in Computer Workers. **Occup Environ Med**. 2010; n. 68, p. 265-272.
- CUSTÓDIA, A. C. E.; MAIA, F. O. M.; SILVA, R. C. G. Escalas de Avaliação da Dor em Pacientes Idosos com Demência. **Revista Dor**. 2015; n. 16, p. 4.
- DA SILVA, M. R.; FERRETI, F.; LUTINSKI, J. A. Dor Lombar, Flexibilidade Muscular e Relação com o Nível de Atividade Física de Trabalhadores Rurais. **Saúde em Debate**. 2017; n. 41, p. 112.
- DICKINSON, C. E.; CAMPION, K.; FOSTER, A. F.; NEWMAN, S. J.; O'ROURKE, A. M.; THOMAS, P. G. Questionnaire Development: an Examination of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire. **Applied Ergonomics**. 1992; n. 23, p. 197-201.

FAIRBANK, J. C.; COUPER, J.; DAVIES, J. B.; O'BRIEN, J. P. The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. **Physiotherapy**. 1980; v. 66, n. 8, p. 271.

FATHALLAH, F. A. Musculoskeletal Disorders in Labor-Intensive Agriculture. **Appl Ergon**. 2010; v. 46, n. 6, p. 738-743.

HERR, K.; BURSCH, H.; ERSEK, M.; MILLER, L. L.; SWAFFORD, K. Use of Pain-Behavioral Assessment Tools in the Nursing Home: expert consensus recommendations for practice. **J Gerontol Nurs**. 2010; v. 36, n. 3, p. 18-29.

KANG, E. K.; PARK, H. W.; KIM, S. H.; BAEK, S. Clinical Usefulness of X-Ray Findings for Nonspecific Low Back Pain in Korean Farmers: farm study. **Annals of Rehabilitation Medicine**. 2017; n. 41, p. 808-815.

KOLSTRUP, C. L. Work-Related Musculoskeletal Discomfort of Dairy Farmers and Employed Workers. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology** (London, England). 2012; n. 7, p. 23-32.

LEITE, M. R.; ZANETTA, D. M. T.; TREVISAN, I. B.; BURDMANN, E. A.; SANTOS, U. P. Trabalho no Corte de Cana-de-Açúcar, Riscos e Efeitos na Saúde: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**. 2018; n. 52.

LIGEIRO, J. Ferramentas de Avaliação Ergonômica em Atividades Multifuncionais: a Contribuição da Ergonomia para o Design de Ambientes de Trabalho [Dissertação]. Bauru: Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita. 2010.

LONGEN, W. C.; BARCELOS, L. P.; KARKLE, K. K.; SCHUTZ, F. S.; VALVASSORI, S. S.; VICTOR, E. G. *et al.* Avaliação da Incapacidade e Qualidade de Vida de Trabalhadores da Produção de Indústrias Cerâmicas. Ver **Bras Med Trab**. 2018, v. 16, n. 1.

LÓPEZ-ARAGÓN, L.; LÓPEZ-LIRIA, R.; CALLEJÓN-FERRE, Á-J.; GÓMEZ-GALÁN, M. Applications of the Standardized Nordic Questionnaire: A Review. **Sustainability**. 2017; v. 9, n. 9, p. 1514.

LUNNER-KOLSTRUP, C.; SSALI, T. K. Awareness and Need for Knowledge of Health and Safety among Dairy Farmers Interviewed in Uganda. **Frontiers in Public Health**. 2016; n. 4, p. 137-142.

MANZOLI, S. T.; IGUTI, A. M.; MONTEIRO, I. Condições de Trabalho e Saúde de Plantadores de Verduras de um Município Brasileiro. **Dialnet**. 2017, n. 30, p. 269-284.

MARTINS, M. C.; LONGEN, W. C. Atividade Física Comunitária: efeitos sobre a funcionalidade da lombalgia crônica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. 2017, v. 30, n. 4.

MASSELLI, M. R.; FREGONESI, C. E. P.; FARIA, C. R. S.; BEZERRA, M. I. S.; JUNGES, D.; NISHIOKA, T. H. Índice Funcional de Oswestry Após Cirurgia para Descompressão de Raízes Nervosas. **FisioterMov**. 2007; n. 20, p. 115-22.

MCMILLAN, M.; TRASK, C.; DOSMAN, J.; HAGEL, L.; PICKETT, W. Team SFICS. Prevalence of Musculoskeletal Disorders Among Saskatchewan Farmers. **J Agromedicine**. 2015; n. 20, p. 292-301.

MOREIRA, J. P. L.; OLIVEIRA, B. L. C. A.; MUZI, C. D.; CUNHA, C. L. F.; BRITO, A. S.; LUIZ, R. R. A Saúde dos Trabalhadores da Atividade Rural no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2015; 31(8): 1698-1708. National Center for Farmworker Health, Inc. NCFH. Farmworker Occupational Health and Safety. 2013. Nove de Julho; 2009. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/849/1/B_Joanna%20Carolina%20Bachi>. Acesso em: 10 jun. 2018.

OSBORNE, A.; BLAKE, C.; FULLEN, B. M.; MEREDITH, D.; PHELAN, J.; MCNAMARA, J. *et al.* Prevalence of Musculoskeletal Disorders Among Farmers: a systematic review. **Am J Ind Med**. 2012; n. 55, p. 143-158.

PESONEN, A. Pain Measurement and Management in the Elderly Patients: clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery [dissertação na Internet]. Helsinki, Finland: Department of Anaesthesiology and Intensive Care; 2011. Disponível em: <[http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(05\)00611-1/pdf](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(05)00611-1/pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2018.

PRIULI, R. M. A.; MORAES, M. S.; CHIARAVALLLOTI, R. M. Impacto do Estresse na Saúde de Cortadores de Cana. **Rev Saúde Pública**. 2014, v. 48, n. 2, p. 255-231.

ROCHA, L. P.; CEZAR-VAZ, M. R.; DE ALMEIDA, M. C. V.; PIEXAK, D. R.; BONOW, C. A. Associação entre a Carga de Trabalho Agrícola e as Dores Relacionadas. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2014; n. 27, p. 4.

SANTOS, G. E. O. **Cálculo Amostral**: calculadora on-line. 2018.

SARAH, G. D.; HUDSON, S.; JEAN, E.; HAY-SMITH, C.; MILOSAVLJEVIC, S. Rural Workers' Experience of Low Back Pain: exploring why they continue to work. **J Occup Rehabil**. 2011; n. 21(3), p. 395-409.

SILVA, S. H.; VASCONCELOS, A. G.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Test-Retest Reliability of the Work Ability Index (WAI) in Nursing Workers. Ver **Bras Epidemiol**. 2013; n. 16(1), p. 202-9.

SOUZA, K. R.; MENDONÇA, A. L. O.; RODRIGUES, A. M. S.; FELIX, A. G.; TEIXEIRA, L. R.; SANTOS, M. B.; MOURA, M. A Nova Organização do Trabalho na Universidade Pública: consequências coletivas da precarização na saúde dos docentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017, n. 22(11).

STADLER, S. T.; RIBEIRO, V. V.; FRANÇA, D. M. V. Z. Autopercepção de Dificuldade Auditiva, Hábitos e Fatores de Risco para Perda Auditiva em Agricultores. **Rev CEFAC**. 2016; n. 18(6).

TAGHAVI, S. M.; MOKARAMI, H.; AHMADI, O.; STALLONES, L.; ABBASPOUR, A.; MARIORYAD, H. Risk Factors for Developing Work-Related Musculoskeletal Disorders during Dairy Farming. **The international journal of occupational and environmental medicine**. 2017; n. 8, p. 39-45.

TECKLE, P.; HANNAFORD, P.; SUTTON, M. Is the Health of People Living in Rural areas Different from Those in Cities? Evidence from routine data linked with the Scottish Health Survey. **BMC Health Services Research**. 2012; n. 12, p. 43.

VILLAREJO, D.; MCCURDY, S. A.; BADE, B.; SAMUELS, S.; LIGHTHALL, D.; WILLIAMS, D. The Health of California's Immigrant Hired Farm workers. **Am J Ind Med.** 2010; n. 53(4), p. 387-97.

WALKER-BONE, K.; PALMER, K. Musculoskeletal Disorders in Farmers and Farm Workers. **Occup Med** (Lond) 2002; n. 52, p. 441-50.

WALSH, I. A. P. Aspectos Clínicos e Funcionais em Trabalhadores Ativos com e sem Sintomas e Evidências de DORT [Tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos. 2005.

A TRANSDISCIPLINARIDADE E O VOLUNTARIADO COMO AGENTES PROMOTORES DE CIDADANIA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat13>

Rafael Amaral Oliveira

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
rafaelamaraloliveira@unesc.net

José Eduardo Martelo Reinaldo

UNIMEP – Universidade Metodista de Piracicaba
joseeduardomr13@gmail.com

Mariana Gabriela Apolinário Mian

CEUCLAR – Centro Universitário Claretiano
mabimian@yahoo.com.br

Mariana Grizzo Lima

UNIARA – Universidade de Araraquara
mari7li@hotmail.com

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A aprovação da Declaração Universal do Voluntariado pela International Association for Volunteer Effort partiu da interdependência entre os povos e a necessidade de fortalecer as instituições das sociedades livres (IAVE, 2001)

A legislação brasileira considera serviço voluntário a atividade não remunerada prestada por pessoa física à entidade pública de qualquer natureza ou à instituição privada de fins não lucrativos que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência à pessoa (BRASIL, 2016).

No Brasil, a prática do voluntariado teve origem no século 19, com o enfoque na benemerência (REVISTA FILANTROPIA, 2010). Contudo, apenas 3,9% da população brasileira acima de 14 anos realizou algum tipo de trabalho voluntário (IBGE). Apesar desses baixos índices, a literatura faz referência a múltiplos fatores motivacionais ao indivíduo brasileiro disposto ao trabalho voluntário, motivado não apenas por bondade – ação que se faz por caridade –, mas por uma disposição pessoal de fazer o bem, por uma consciência de cidadania e responsabilidade social (MARQUES, 2006). Expressa um novo agir político em resposta a uma situação de desigualdade e injustiça, visa o resgate da dignidade humana, de maneira complementar à ação do Estado; reforça o exercício de alteridade, através da sensibilização para as causas sociais por meio da ação voluntária.

Com a expectativa de se formarem mais de 20 mil médicos no Brasil a partir de 2018, desbravar o país para a identificação e o combate da desigualdade de profissionais nas diferentes regiões se torna essencial (AMORIM, 2019). Outro problema enfrentado é o distanciamento entre o indígena e os profissionais de saúde. Essa barreira cultural, poderia, muitas vezes, ocasionar a recusa à realização de exames e, conseqüentemente, a não adesão ao tratamento. Para suprir a carência de profissionais de saúde na região amazônica, é necessário que os profissionais conheçam a cultura de cada tribo, suas

crenças, valores, visão de mundo espiritual, para que, assim, construa-se uma relação harmônica e de confiança e, por conseguinte, uma melhor adesão ao tratamento.

Os sentidos e práticas da integralidade de cuidados podem apontar caminhos na construção de políticas sociais mais justas, como também para a organização do sistema e dos serviços de saúde centrados nos usuários e na participação efetiva da sociedade e dos movimentos populares, em busca da conquista da cidadania e da saúde como direito (SANTANA, 2007). Na odontologia, o caso apontado se torna ainda mais complexo; pois, o meio bucal é a porta de entrada de diversas doenças. Assim, as ações nessa área se fazem tão necessárias quanto todas as outras que se complementam, pois o corpo humano possui uma ampla cadeia de ligações.

A legislação brasileira prevê que todos os povos indígenas têm direito ao atendimento à saúde, previsto pelo SUS, de acordo com o decreto n. 3.156/99:

“Dispõe sobre as condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do sistema único de saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos decretos n. 564, de 8 de junho de 1992, e n. 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde”. (BRASIL, 1999).

A FUNAI, Fundação Nacional do índio, é vinculada ao Ministério da Justiça e reforça o direito dos indígenas como cidadãos plenos e portadores de direito aos benefícios sociais e previdenciários do Estado brasileiro. Todavia, a falta de orientação jurídica distancia a população indígena do gozo de tais direitos.

MÉTODOS

Estudo realizado durante a segunda Missão Amazônia. Posteriormente, foi feito o levantamento bibliográfico, resultando na seleção de dez artigos. Os fenômenos abordados neste artigo, têm como base experiências fidedignas de atuação, realizadas em 240 horas, no período de 5 a 14 de janeiro de 2020. A área de atuação se estendeu pela região do baixo Amazonas, incorporando população indígena, ribeirinha e quilombolas, situados no território pertencente ao município de Barreirinha/AM. Com um total de 93 voluntários, subdivididos em grupos mistos de profissionais e universitários, de acordo com cada área de atuação, com instrumentais e equipamentos próprios. Os materiais descartáveis e curativos foram disponibilizados por doações de empresas ou mesmo adquiridos pelos voluntários.

Antes de qualquer atuação, houve a preocupação de enfatizar o respeito às crenças e costumes das populações presentes na região; representantes de cada etnia e localização tiveram o cuidado de informar os moradores sobre o projeto e acompanhá-los durante as atividades, com o objetivo de demonstrar segurança com a presença de pessoas desconhecidas (os pesquisadores) no local.

Em relação aos atendimentos, dadas as condições socioeconômicas da região, já era esperado encontrar situações de precariedade na área de saúde. Por conta disso, os atendimentos seguiram sempre um modelo de aplicação de técnicas curativas que permitissem uma maior segurança aos pacientes, repassando à população a instrução de práticas e medidas preventivas, incentivando a sua realização para que a longo prazo se obtenha uma diminuição significativa das doenças e dos problemas mais frequentes.

RESULTADOS

No que se refere à logística, a dificuldade de acesso aos centros de saúde, agravada pela localização das aldeias em meio às matas, torna a popu-

lação indígena suscetível às doenças tropicais endêmicas como malária, febre amarela dengue e leishmaniose. São suscetíveis ainda a diversas patologias como hepatites, tuberculose, enfermidades que, quando tratadas, teriam desfecho diferente do observado na realidade vivida por essa população.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena, implementou Polos Base de Atendimento à Saúde do indígena, a exemplo da Aldeia Ponta Alegre, que configura um dos programas governamentais nos quais profissionais médicos, enfermeiros e dentistas realizariam atendimentos e exames nas próprias comunidades. O programa realiza campanhas nacionais como o Outubro Rosa, por exemplo, com a coleta de exames Papanicolau em mulheres. No entanto, foi relatada a fragilidade desses atendimentos, uma vez que os resultados dos exames demoram até 6 meses para chegar. O abastecimento da Farmácia da Unidade também é insuficiente: a população indígena fica por um longo período sem suporte, sem medicações, com dores e consequentemente as doenças progridem rapidamente.

Nesse contexto de resgate da cidadania aos povos esquecidos, a Organização Univida – Universitários em Defesa da Vida, pertencente à Pastoral Universitária da Diocese de Jales/SP, ligada à Igreja Católica, selecionou 93 pessoas, profissionais e universitários para uma imersão na tribo Sateré-Mawé, colocando-os em contato com populações ribeirinhas em risco social, na expectativa de que respondam a essa experiência humanitária, contribuindo também para que se tornem profissionais conscientes de seu papel social.

Visando uma relação de harmonia com os indígenas e para que estes não se sentissem invadidos com a presença dos voluntários, o padre Eduardo Lima, idealizador da Univida, realizou visitas prévias às aldeias, em outubro, conheceu os Tuxauas, chefes das tribos que organizam e orientam as atividades da comunidade, explicou como seriam realizados os atendimentos nas tribos, enfatizando o respeito dos voluntários à cultura indígena. Além do mais, quando iniciada a missão, em janeiro de 2020, os Tuxauas realizaram reuniões com todos os voluntários logo na chegada da segunda Missão Univida, quando tiveram a oportunidade de contar a história de cada aldeia e falar da cultura Sateré-Mawé. Tiveram papel crucial ao apresentarem esses profissionais à po-

pulação local e favorecerem o estabelecimento de relações de confiança. Sem dúvida, essa intermediação foi fundamental para a adesão aos atendimentos e para a aceitação pela população indígena das condutas realizadas.

Após prévia autorização da Secretaria de Saúde local e dos representantes indígenas, os profissionais seguiram viagem por onze dias pelas aldeias e comunidades, onde prestaram atendimento médico e odontológico.

Após os atendimentos nas áreas de medicina, enfermagem, fisioterapia e psicologia, os pacientes foram encaminhados até a triagem da odontologia. A população foi avaliada pelos profissionais e, para a melhor organização dos atendimentos, os pacientes foram divididos por senhas para o encaminhamento conforme cada procedimento.

Vale ressaltar que, no caso atendimento feito por universitário, só foi permitida a realização de abordagem prática após a permissão e o acompanhamento dos profissionais formados. Os estudantes realizaram somente os procedimentos para os quais já estavam capacitados, pois a intenção do projeto é, longe de ser a utilização de uma população menos favorecida como meio de aprendizado, efetuar de forma consciente e responsável a melhor intervenção para solucionar os problemas do paciente.

Cada voluntário da área odontológica levou seus próprios instrumentais e disponibilizou os materiais de consumo coletivo, somados com os demais insumos doados por empresas de forma totalmente voluntária, além dos adquiridos pela Univida. Assim, todos os materiais foram dispostos em uma mesa central para o fácil acesso dos estudantes e profissionais.

A triagem dos pacientes se faz ainda mais necessária em razão da dificuldade de realização de procedimentos que necessitem de instrumentais e campo cirúrgico estéril. Nos casos cirúrgicos onde esta exigência é crucial, em alguns casos mais complexos de exodontia de inúmeros elementos dentários, estes procedimentos foram realizados em salas do centro de saúde local. Foi evidenciada a grande quantidade de dentes perdidos e de doenças periodontais, reflexo da precariedade da atenção odontológica nas comunidades indígenas do Brasil.

Dentre os múltiplos fatores que acarretam a predominância da doença cárie nos indivíduos atendidos, a falta de materiais básicos para higiene bucal é um dos principais, pois torna a disseminação da patologia ainda mais crítica nessa realidade, mesmo após uma instrução direta dos voluntários para cada paciente, demonstrando a maneira correta de prevenção. Ficou evidente que, após certo tempo sem o auxílio e a atenção dos agentes de saúde, o problema não será sanado, tenderá a voltar e continuará evoluindo.

Durante as visitas domiciliares, foi observada a alimentação indígena clássica, sustentada nos derivados da mandioca, frutas, peixes e carne de caça. No entanto, são visíveis as mudanças decorrentes da introdução de alimentos industrializados como achocolatados, café, macarrão instantâneo, goma de mascar e refrigerantes. Foram frequentes também as queixas de dor epigástrica. Coube aos voluntários orientar essa população sobre a importância de não consumir esses alimentos e no resgate das opções originais da cultura indígena, mais saudáveis para consumo, priorizando o consumo de alimentos locais como a mandioca, as frutas e as verduras.

ALDEIA SIMÃO

A Aldeia conta com um espaço comunitário, onde fomos recebidos pelas lideranças locais e apresentados à população, uma igreja católica, na qual foi realizada uma missa e uma confraternização entre os voluntários e os locais. A aldeia conta também com uma escola, onde foram realizados dois dias de atendimentos médicos e odontológicos, usando mesas e cadeiras escolares. Além disso, profissionais agrônomos presentes na Missão Univida deram palestras para a população e trocaram experiências sobre o melhor manejo da terra e do cultivo doméstico.

Durante os atendimentos, foi observada uma barreira linguística, uma vez que estas pessoas dependiam da tradução para o relato de suas queixas de saúde. Outra fragilidade encontrada foi a percepção de que essa população não aderiria às prescrições e tratamentos médicos, desconfiando da sua eficácia.

Diante dessa dificuldade, os voluntários enfatizavam a importância da adesão ao curso terapêutico, entregavam a medicação necessária acompanhado de uma receita bastante detalhada, na qual encontravam-se as orientações corretas.

ALDEIA PONTA ALEGRE

A venda do guaraná para grandes companhias de bebidas impulsiona a economia da aldeia Ponta Alegre. O fruto já foi usado como remédio para todos os males e comercializado com os portugueses desde os primeiros anos do século XVIII (Menéndez, 1992). A aldeia Ponta Alegre tem pavimentação nas ruas próximas ao porto, espaço comunitário, igreja católica, pequenos comércios, luz elétrica (implementada em 2019) e hoje espera pela chegada da internet, prometida para 2020.

A agente comunitária do polo Base de Saúde em Ponta Alegre é responsável pela atualização mensal dos dados das crianças no SISVAN, Sistema de informação de Vigilância Alimentar e Nutricional, que registra os dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar das crianças e dos pais. A atualização dos dados acontece de forma semestral, devido ao trabalho na roça.

Foram realizadas visitas domiciliares, nas quais foi constatado o consumo pelas famílias de alimentos cada vez mais ultraprocessados. A permanência na aldeia Ponta Alegre possibilitou maior aproximação dos voluntários com a cultura indígena – tanto que puderam aprender os ritos de passagem tanto da menina quanto do menino Sateré-Mawé para a vida adulta. O isolamento da menina no momento da menarca, no qual receberia apenas a visita da mãe, responsável pela sua alimentação leve, sem o consumo de peixe neste e nos próximos períodos menstruais, uma vez que existe a crença de que o alimento piora os odores da menstruação. Já o menino Sateré-Mawé, na sua passagem, faz o ritual da Tucandeira.

Na ocasião, atendemos um adolescente de 17 anos acamado, portador de seqüela de meningite, adquirida aos 6 anos de idade, que apresentava ausculta pulmonar sugestiva de pneumonia.

A falta de orientação da família e a dificuldade logística desfavorecem o cuidado com a saúde, a locomoção ao Polo Base de Saúde Indígena da própria Aldeia, o acesso a Benefícios assistenciais do governo federal e a assistência integral necessária. Os voluntários explicaram a necessidade de se oferecer as refeições com o jovem na posição sentada, de se optar por alimentos pastosos, evitando assim a pneumonia por aspiração de alimentos. O adolescente queixava-se ainda de dor nos dentes e passou por uma avaliação da equipe de voluntários. Constatou-se que seria necessário fazer a extração de dois dentes. No entanto, o procedimento não foi realizado, diante dos riscos envolvidos na intervenção – já que a mãe relatou a ocorrência de convulsões semanais e o jovem, na extração, necessitaria da utilização de solução anestésica.

COMUNIDADE QUILOMBOLA SANTA TEREZA

A comunidade não tem Unidade Básica de Saúde ou qualquer outra estrutura relacionada. Os atendimentos foram realizados na escola. Foi observada também a falta de amparo jurídico da população. O próprio líder quilombola relatou portar cálculos biliares há três anos e, até o momento, conseguiu realizar a necessária cirurgia.

Houve o atendimento à mulher indígena puérpera, quando se constatarem queixas de cefaleia e fraqueza decorrentes da fome e da miséria. Quando questionadas sobre o recebimento de benefícios sociais, do repasse de renda assistencial do governo federal, demonstraram completo desconhecimento desse direito.

Um grande número de mulheres desta comunidade relatou a adesão ao contraceptivo injetável trimestral, tendo seu uso relacionado ao acesso à comunidade de Barreirinha.

CONCLUSÃO

É evidente a precariedade da atenção odontológica nas comunidades indígenas do Brasil. É visível o consumo de alimentos ultraprocessados, juntamente com a alimentação rica em carboidratos nas aldeias (CARNEIRO,1992). Tais mudanças alimentares, associadas à precariedade, tornam frequentes as queixas odontológicas, gástricas e de Diabetes Mellitus nessa população.

A questão logística e a barreira linguística são fragilidades observadas nas aldeias indígenas da tribo Sateré-Mawé. A falta de tradução das campanhas nacionais do Ministério da Saúde para o idioma Sateré-Mawé descumpe o caráter universal do Sistema Único de Saúde.

Falta educação sexual em todo território nacional e, nas aldeias visitadas, não poderia ser diferente: observa-se mães muito jovens e o grande número de gestações na adolescência nas aldeias corrobora os índices nacionais.

Foram relatadas longas filas de espera para a realização de pequenas cirurgias nas cidades de Barreirinha e Parintins, assim como a falta de ambulâncias, necessárias ao transporte dos ribeirinhos, indígenas ou quilombolas.

A Univida vale-se do conhecimento e do talento dos voluntários para apoiar o trabalho missionário junto às populações de risco social. Em contrapartida, propôs ao profissional e enfatizou, especialmente ao universitário, a importância de reforçar exercícios de compreensão do ser humano que está doente, ao longo da graduação, para que, dessa maneira, os egressos estejam realmente habilitados. Tornou possível o intercâmbio de experiências, a aproximação ao cotidiano das populações ribeirinhas, indígenas e quilombolas; favoreceu aprendizados, ao mesmo tempo em que atendia necessidades em saúde das populações em áreas de doenças endêmicas como malária, leishmaniose, filariose, febre amarela, febre tifoide; conhecimento dos desafios logísticos, linguísticos e da comunicação precária ou inexistente (telefonia ou internet) enfrentados por estas populações. (Univida, 2019).

O trabalho humanitário e voluntário além de ajudar aqueles que necessitam de uma assistência mínima, traz benefícios aos voluntários, com a

aprendizagem social e cultural de uma realidade totalmente distinta da vivida diariamente nos grandes centros, que também se faz necessária para um amadurecimento humano, contribuindo para tornar os voluntários seres humanos capazes de motivar e dar esperança àqueles que tanto necessitam.

Práticas de atendimento, ainda na graduação, possibilitam aos jovens estudantes fatores importantes para a formação humanística: o exercício de alteridade, através da sensibilização para as causas sociais por meio da ação voluntária e do reconhecimento da diversidade cultural, ressaltando a importância do papel do profissional da saúde e do trabalho em equipe, multidisciplinar, visando o acolher, conforme a frase de Ambroise Paré: “Curar quando possível; aliviar quando necessário; consolar sempre”.

REFERÊNCIAS

2º Missão Amazônia. UNIVIDA. Associação humanitária universitários em defesa da vida. Disponível em: <<https://www.univida.org.br/amazonia2020>>. Acesso em: 28 jan. 2020.

AMORIM, Fernanda Mendes *et al.* Voluntariado: uma Avaliação da Motivação entre Acadêmicos de Medicina e da Experiência no Projeto “Cuidando da Sua Saúde em Ponto dos Volantes, Jequitinhonha, MG”. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500490&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2020. Epub. 13 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190174>.

BRASIL. Lei n. 13.297, de 16 de junho de 2016.

CARNEIRO, Marília Clemente Gomes *et al.* Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1985-1992, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S1413-81232008000600034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600034>

IAVE. International Association for Volunteer Effort. **A Declaração Universal sobre Voluntariado**. Disponível em: <<https://www.iave.org/advocacy/the-universal-declaration-on-volunteering>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

IBGE. Brasil: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017. Notícias. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20618-cerca-de-6-5-milhoes-de-pessoas-fazem-trabalho-voluntario-no-pais.html>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

MARQUES, Vera Lucia. Voluntariado: motivos e repercussões na vida pessoal, social e acadêmica dos alunos de graduação em Medicina, voluntários em programas na área de saúde. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde. 2006. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/21272/Tese-9897.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

MENÉNDEZ, Miguel E. A área Madeira-Tapajós: situação de contato e relações entre colonizador e indígena. *In*: CUNHA, Manuela Carneiro da (Org.). **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

REVISTA FILANTROPIA. **História do voluntariado no Brasil**. Disponível em: <https://www.filantropia.org/informacao/historia_do_voluntariado_no_bras>. Acesso em: 29 jan. 2020.

SANTANA, Fabiana Ribeiro *et al.* Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1653-1664, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700077&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2020.

FISIOTERAPIA PREVENTIVA – PERCEPÇÃO DOS ALUNOS SOBRE VIOLÊNCIA NO TRÂNSITO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat14>

Gislaine Jung Nunes

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

E-mail gislainejunggj@outlook.com

Willians Cassiano Longen

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

E-mail wcl@unesc.net

Sandro Ressler

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

E-mail sandroressler@yahoo.com.br

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito (AT) ocasionam a morte de aproximadamente 1,25 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que entre 20 milhões e 50 milhões de pessoas sofrem lesões incapacitantes, sendo temporária ou permanente (OMS, 2017). No Brasil em 2017, foram registradas 41.151 mil mortes e 284.191 mil lesões permanentes. Sendo a prevalência maior para motociclistas e condutores do sexo masculino, entre 18 e 34 anos. Na região sul os índices se apresentaram elevados para automóveis (DPVAT, 2018). Pesquisa realizada na Região da Associação de Municípios da Região de Laguna (AMUREL) integrando 18 municípios e Região da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) na qual fazem parte 12 municípios, os índices de maiores acidentes nessas regiões ocorrem com automóveis, motocicletas e caminhões, sendo as principais vítimas condutores do sexo masculino (AMUREL, 2018; AMREC, 2018; PRF, 2018).

Os jovens correm um risco maior de acidentes de trânsito, não só por sua falta de experiência, mas também por serem mais propensos às práticas de condução inadequada como o excesso de velocidade, não utilização dos dispositivos de segurança e comportamento de risco. As consequências incluem danos físicos, materiais, sociais e psicológicos. A prática de condução inadequada existe também entre jovens sem habilitação e adolescentes entre 16 e 17 anos, sendo um fator de risco contribuinte para os altos índices de mortes no trânsito (FRANZON *et al.*, 2013; PERKONS, 2013; HANNA *et al.*, 2010). Os amigos podem influenciar na condução, podendo agir de forma positiva ou negativa, até mesmo subestimá-lo durante a condução, criando um comportamento de risco frente a masculinidade, ou como forma de ganhar popularidade entre os amigos (ARNETT, 2002; SCHMID MAST *et al.*, 2004).

A infância e a adolescência são períodos considerados de desenvolvimento humano, de construção de hábitos e atitudes, em que a fase escolar é fundamental para a inserção de ações educativas e, também, para se detectar, por meio de investigações sistematizadas e contínuas, a possibilidade de riscos

e danos que porventura possam vir a acometer a capacidade física e motora dos indivíduos (BADARÓ *et al.*, 2012).

A adolescência é um período de vida com necessidades específicas de saúde, progressão e direitos. É também um momento para desenvolver conhecimento e habilidades, aprender a gerenciar emoções e relacionamentos e adquirir atributos e habilidades que serão importantes para desfrutar na adolescência e assumir papéis adultos (TAGHIZADEH *et al.*, 2016). Os jovens possuem características fortes e individualistas, sempre à procura de novas experiências, descobertas, desafios, criam pensamentos de invulnerabilidade. Uma combinação de imaturidade física e intelectual entre adolescentes, inexperiência e estilos de vida relacionados à juventude, aumentam ainda mais o risco de AT (TOROYAN *et al.*, 2007). Essas ações resultam em riscos, principalmente quando estão sobre a influência de álcool ou em situação de lazer (ANSR, 2017).

As lesões provenientes dos AT são uma das principais causas de morte e de deficiências entre adolescentes. O consumo de álcool e drogas entre adolescentes é uma grande preocupação em muitos países, sendo a principal causa de lesões e morte prematura (TAGHIZADEH *et al.*, 2016). Compreender o padrão de lesão dos usuários de estradas em diferentes faixas etárias é fundamental para melhorar o atendimento ao trauma e orientar estratégias de prevenção para reduzir a gravidade e a taxa de mortalidade (TOROYAN *et al.*, 2007; BROCKAMP *et al.*, 2017).

As lesões causadas pelo trânsito são crescentes, afetando de forma global a saúde pública, exigindo uma prevenção eficaz para promover a segurança sustentável. A promoção da saúde fornece uma estrutura útil para conceituar e implementar ações, envolvendo uma combinação de abordagens educacionais, comportamentais, ambientais e políticas. (STATON *et al.*, 2016). Abordagem multidisciplinar e intersetorial se fazem necessárias para abordar essa questão significativa, baseada em evidências para o desenvolvimento de políticas na prevenção das lesões causadas pelo trânsito. Particularmente, a implementação de programas direcionados, que focalizam os comportamentos dos usuários das vias, incluindo informação e comunicação aplicadas ao

transporte, provavelmente fornecerá à próxima geração benefícios sobre segurança no trânsito (STEVENSON *et al.*, 2014).

A Fisioterapia é uma profissão de saúde que possui muitas especialidades, incluindo esportes, neurologia, tratamento de feridas, cardiopulmonar, geriatria, ortopedia e pediatria. Além da prática clínica, outras atividades abrangidas na profissão incluem pesquisa, educação, promoção de saúde, prevenção de agravos, consulta e administração. Os profissionais fisioterapeutas têm alto conhecimento sobre a fisiologia e fisiopatologia dos sistemas e os efeitos de doenças ou lesões no movimento humano ao longo da vida. Possuem qualificação e responsabilidade para decisões em todo o contexto da prestação de cuidados de saúde, desde o departamento de emergência até cuidados crônicos de longo prazo. A promoção da saúde visa à redução dos riscos, para prevenir os comportamentos prejudiciais à saúde (KHALID *et al.*, 2015; SULLIVAN *et al.*, 2011).

MÉTODOS

O estudo foi realizado em duas escolas Estaduais de Santa Catarina, sendo uma central e outra distrital, incluindo alunos com idade entre 15 e 17 anos, matriculados e frequentes nas escolas participantes; os quais devem estar no 1º ano do ensino médio. Os critérios de exclusão foram alunos com idade inferior a 15 anos e maiores de 17 anos, e os alunos que não apresentaram o TCLE assinado pelos pais ou responsáveis.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com questionários sobre idade, sexo, local onde reside, percepção de risco das consequências de beber e dirigir, comportamento de risco durante a condução, envolvimento em acidentes de trânsito e lesões decorrentes e o nível de satisfação da pesquisa realizada. O instrumento de pesquisa consta de questionário adaptado dos autores CUFFA (2012), Colicchio *et al.* (2010), Perkons (2017) e Elliott *et al.* (2008). Foi aplicado um questionário antes e depois de um seminário; sobre a

importância e consequências da violência no trânsito, avaliando a percepção dos adolescentes sobre o assunto.

Tendo como objetivos específicos: investigar a percepção do risco e fatores de proteção de violência no trânsito durante a adolescência, antes e depois de uma intervenção educativa; identificar o conhecimento dos fatores de risco de violência no trânsito na adolescência, antes e depois de uma intervenção educativa; e realizar encontros educativos com adolescente com temas relacionados às lesões decorrentes de violência no trânsito.

Com o questionário em mãos, foi realizada a leitura de cada item, onde foram orientados como devem ser respondidos os questionamentos, esclarecendo as dúvidas. O primeiro questionário é composto por perguntas sobre o tipo de condução, uso do dispositivo de segurança, excesso de velocidade, consumo de álcool e drogas, percepção e comportamento de risco. Após o término do questionário foi realizado um seminário, abordando assuntos como índice de mortalidade, fatores de riscos, comportamento de risco, cinemática do trauma, mecanismo do trauma e atuação dos profissionais de Fisioterapia junto às vítimas de trânsito. Sendo finalizado com a aplicação do segundo questionário quantitativo, no qual constam perguntas sobre a avaliação do conhecimento adquirido e o nível de satisfação da apresentação realizada.

O propósito do estudo é avaliar a percepção dos adolescentes sobre a violência no trânsito e as suas consequências. Os benefícios dessa pesquisa são de transmitir aos alunos o conhecimento sobre os dados estatísticos e lesões provocadas por acidentes de trânsito. Esse conhecimento e discussão com os alunos poderá mudar seus hábitos e condutas no trânsito, seja como pedestres, motoristas ou ciclistas.

RESULTADOS

Na escola estadual central havia 178 alunos frequentes, sendo que 65 participaram do estudo; na escola distrital existiam 38 alunos e 7 participaram do estudo. Totalizaram 216 alunos frequentes no 1º ano do ensino médio,

sendo que participaram 72 alunos, destes 2 alunos eram de idade inferior a estipulada e não foram incluídos no resultado da pesquisa. Referente ao questionário, algumas questões são específicas para condutores e/ou aprendizes, outras incluem condutores e não condutores.

A Tabela 1 apresenta características demográficas e as distribuições de condução entre n=70 alunos com idade entre $15,23 \pm 0,48$ anos. Os resultados iniciais da análise perante a condução de veículos, conduzem 41,4%, não conduzem 40,0% e estão aprendendo 18,6%. Apesar da pouca diferença, os 18,6% farão parte, em pouco tempo, dos que conduzem, aumentando o índice de motoristas menores de idade futuramente. Os principais instrutores foram os pais (31,4%); mãe, namorado(a); parentes e amigos foram caracterizados como instrutores com menor índice (12,9%). Os meios de condução mais utilizados incluem a motocicleta (41,4%), carro (38,6%) e trator (10,0%). A condução de trator pode estar associada ao trabalho agrícola.

Tabela 1 - Características Demográficas e Pesquisa Inicial

	Média \pm dp, n (%) / n=70
Idade	15,23 \pm 0,48
15 anos	56 (80,0)
16 anos	12 (17,1)
17 anos	2 (2,9)
Sexo	
Feminino	38 (54,3)
Masculino	32 (45,7)
Local	
Distrital	39 (60,9)
Centro	25 (39,1)
Sabe Conduzir Veículo	
Sim	29 (41,4)
Não	28 (40,0)

Continua...

Continuação.

	Média ± dp, n (%) / n=70
Aprendendo	13 (18,6)
Quem Ensinou a Dirigir	
Pai	22 (31,4)
Mãe	9 (12,9)
Namorado	9 (12,9)
Parente	9 (12,9)
Amigo	1 (1,4)
Instrutor de Autoescola	0 (0,0)
Dirige algum Automóvel	
Moto	29 (41,4)
Carro	27 (38,6)
Trator	7 (10,0)
Ciclomotores	3 (4,3)
Ônibus	2 (2,9)
Motor casa	0 (0,0)
Nenhum	22 (31,4)
Branco	1 (1,4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A Tabela 2 apresenta os motivos de condução, sendo os condutores e/ou aprendizes mais propensos a dirigir sem um objetivo específico, como se divertir (20,0%), relaxar (16,0%). Já com destinos específicos, 13,6% relataram ir à escola, 10,3% utilizam para fazer compras.

Tabela 2 - Objetivos Específicos para a Condução

	n=70 / n(%)
Conduz para Compras	
Às vezes	6 (20,7)
Sempre	3 (10,3)

Continua...

	n=70 / n(%)
Raramente	20 (69,0)
Conduz para divertir	
Às vezes	17 (56,7)
Sempre	6 (20,0)
Raramente	7 (23,3)
Conduz para sair com os amigos	
Às vezes	7 (28,0)
Sempre	2 (8,0)
Raramente	16 (64,0)
Conduz sem um Lugar para ir	
Às vezes	9 (30,0)
Sempre	2 (6,7)
Raramente	19 (63,3)
Conduz para relaxar	
Às vezes	7 (29,2)
Sempre	4 (16,7)
Raramente	13 (54,2)
Conduz para Escola	
Às vezes	4 (18,2)
Sempre	3 (13,6)
Raramente	15 (68,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A Tabela 3, frequência de condução, sendo significativamente baixa (16,7%), tendo propensão para velocidades excessivas em 25,0% dos casos; porém, as horas dirigindo são de aproximadamente ≤ 1 e/ou 2 horas por semana (77,8%). As falhas como motoristas aparecem, entre uma (25,0%), duas ou mais (22,2%). Já o envolvimento com acidentes, tanto como de condutores e/ou passageiros, 23,5% dos pesquisados já passaram por esta situação. A participação em rachas está presente, entre os que conduzem e/ou como passa-

geiros, em 14,3% dos usuários; e foi observada na pesquisa a participação de alunos que não conduzem, como passageiros. O comportamento de risco pode ocasionar graves acidentes seja como condutor e/ou passageiro, 7,1% relataram o risco médio e para 2,9 % o risco é alto. Para 12,9%, há chance de ficar paraplégico como consequência de um acidente e para 5,7% dos entrevistados consideram alta esta chance.

Tabela 3 - Frequência e Comportamento de Condução

	n=70 / n(%)
Conduz com Frequência	
Às vezes	14 (46,7)
Sempre	5 (16,7)
Raramente	11 (36,7)
Conduz em Alta Velocidade	
Sim	4 (10,0)
Não	26 (65,0)
Às vezes	10 (25,0)
Quantidade de Condução	
1-2h/semana	28 (77,8)
3-5h/semana	5 (13,9)
6-10h/semana	1 (2,8)
11h/semana	2 (5,6)
Falhas como Motorista	
Nenhuma	19 (52,8)
Uma	9 (25,0)
Duas ou mais	8 (22,2)
Envolvimento em Acidentes	
Não	51 (75,0)
Sim	16 (23,5)
Ferimentos Causado por Acidente de Trânsito	

Continua...

Continuação.

	n=70 / n(%)
Nenhum	55 (78,6)
Um	8 (11,4)
Dois ou mais	4 (5,7)
Participação em Racha	
Sim	10 (14,3)
Não	50 (71,4)
Às vezes	7 (10,0)
Se Envolver em Acidente Grave que podem Gerar Vítima	
Pouca	61 (87,1)
Média	5 (7,1)
Muita	2 (2,9)
Risco de Ficar Paraplégico por con-sequência de Acidente	
Pouca	57 (81,4)
Média	9 (12,9)
Muita	4 (5,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A Tabela 4 associada ao impacto educacional; qual a chance de se envolver em um acidente leve somente com prejuízos econômicos? 64,3% afirmam ter poucas chances de se envolver em acidente com prejuízos econômicos, 2,9% nunca usam dispositivo de segurança durante a condução, já como passageiros 20% às vezes utilizam os dispositivos. A utilização do capacete está presente em 34,3% dos condutores que afirmam sempre utilizar, 7,1% afirmaram que às vezes utilizam e 2,9% nunca usam. Os fatores de risco aumentam quando há 2 ou mais passageiros (54,3%), sendo os principais fatores: bebidas

alcoólicas (45,7%), adrenalina (31,4%) e competição (12,9%). Perante o uso de álcool e drogas durante a condução, 28,6% afirmam nunca ter utilizado, 25,7% não utilizaram durante a condução e 1,4% às vezes. A prática de ingestão de álcool durante a condução foi negativa, 25,7% nunca realizaram a ingestão de álcool, 27,1% não conduziram após a ingestão de álcool e 2,9% às vezes realizaram a condução. Quanto ao risco de consumir bebida alcoólica e dirigir, 78,6% têm consciência sobre essa gravidade, 18,6 % consideram razoável o risco e 1,4% que não oferece risco.

Tabela 4: Impacto Educacional

	n=70 / n(%)
Acidente leve com Prejuízos Econômicos	
Pouca	45 (64,3)
Média	19 (27,1)
Muita	5 (7,1)
Usa Cinto durante Condução	
Sempre	23 (32,9)
A vezes	6 (8,6)
Nunca	2 (2,9)
Usa Capacete durante Condução	
Sempre	24 (34,3)
A vezes	5 (7,1)
Nunca	2 (2,9)
Utiliza os Dispositivos de Proteção	
Sim	52 (74,3)
Não	3 (4,3)
Às vezes	14 (20,0)
Maior Risco com Motorista	
2 ou mais passageiros	38 (54,3)
1 passageiro	4 (5,7)
Sozinho	24 (34,3)

Continua...

Continuação.

	n=70 / n(%)
Fatores que Levam a Correr no Trânsito	
Adrenalina	22 (31,4)
Emoção	4 (5,7)
Competição	9 (12,9)
Bebida	32 (45,7)
Desequilíbrio	2 (2,9)
Durante a Condução	
Não	18 (25,7)
Às vezes	1 (1,4)
Nunca	20 (28,6)
Ingestão Alcoolica	
Não	19 (27,1)
Às vezes	2 (2,9)
Nunca	18 (25,7)
Consumir Bebida Alcoolica	
Sim	55 (78,6)
Não	1 (1,4)
Razoável	13 (18,6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A Tabela 5 ressalta a percepção sobre o comportamento e fatores de risco. 92,2% consideram que há risco em beber e dirigir; 92,9 % afirmaram que mesmo utilizando o cinto de segurança existe risco; 5,7 % consideram esse risco razoável. Apreciamos que o aluno tem consciência sobre o risco de beber e dirigir, utilizando ou não o cinto de segurança. Sobre o risco de sair com pessoas que tenham consumido álcool acima do limite, 58,6% atribuem que há poucas chances de ocorrer acidentes; para 22,9%, a chance é média, e para 15,7% dos entrevistados as chances são altas. Em relação ao fato de pessoas se negarem a pegar carona com você por estar alcoolizado, 15,7% afirmam que a chance desse fato ocorrer é pequena; para outros 15,7% a chance é grande e,

para 6,8%, a chance é média. Sobre a possibilidade de deixar o carro estacionado e voltar de táxi ou outro meio de transporte conduzido por alguém sóbrio; 21,4% consideram que há pouca possibilidade desse fato ocorrer; 14,3% média, e, para outros 7,1%, há muita chance de ocorrer. Em uma escala de 1 (não) a 5 (muito), 65,7 % atribuíram que a pesquisa mudou sua forma de ver a segurança no trânsito e sobre a apresentação realizada, 98,9% afirmaram que houve contribuição para a conscientização quanto à segurança no trânsito.

Tabela 5 – Percepções sobre comportamento e fatores de risco

	n=70 / n(%)
Risco de Beber e Dirigir Usando Cinto de Segurança	
Sim	65 (92,9)
Razoável	4 (5,7)
Risco de Beber e Dirigir usando Cinto de Segurança	
Sim	65 (92,9)
As pessoas que Saem com Você costumam dirigir mesmo Consumindo Álcool Acima do Limite	
Pouca	41 (58,6)
Média	16 (22,9)
Muita	11 (15,7)
Negarem carona com você por estar alcoolizado	
Pouca	11 (15,7)
Média	6 (8,6)
Muita	11 (15,7)
Deixar o Carro Estacionado	
Pouca	15 (21,4)
Média	10 (14,3)
Muita	5 (7,1)
Forma de Ver a Segurança no Trânsito	
2	1 (1,4)

Continua...

Continuação.

	n=70 / n(%)
3	10 (14,3)
4	13 (18,6)
5	46 (65,7)
Conscientização Quanto a Segurança no Trânsito	
Sim	69 (98,6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Avaliar a percepção de risco é extremamente importante, pois apresenta as probabilidades específicas de fatores associados aos acidentes e principalmente suas consequências, o que possibilita estabelecer medidas preventivas específicas (SJÖBERG *et al.*, 2004). A percepção dos fatores de riscos pode ser compreendida entre os adolescentes, porém a impulsividade existe com mais intensidade nessa fase e está fortemente associada ao comportamento de risco e consequentemente estando mais vulneráveis a traumas (RYB *et al.*, 2006; RENIERS *et al.*, 2016).

Estudo realizado por Elliott *et al.* (2008) em escolas públicas com idade média 16.48 ± 0.04 ($n = 3581$), um (4,2%) em 25 dos 9 aos 11 anos dos EUA relatou que eles dirigiram pelo menos 1 hora / semana sem habilitação. Os adolescentes sem habilitação tiveram menor probabilidade de usar o cinto de segurança, sendo esses mais propensos a dirigir sob a influência de álcool ou drogas, e conduzir sem um propósito específico. Entre a condução não específica, 28% relataram não ter um lugar especial para ir e 21% relataram conduzir para relaxar. Também eram menos prováveis, dirigir para chegar à escola ou ao trabalho (22%). A metade desse grupo (50%) consideram os pais indispensáveis para a prática de condução; os que estão em fase de aprendizagem (66%), relataram utilizar a condução com maior frequência em relação aos que possuem habilitação. O excesso de velocidade não diferiu significativamente entre os dois grupos; nem a taxa de recentes falhas (12 meses anteriores) ou acidentes e ferimentos ao longo da vida. Duarte *et al.* (2014), em sua pesquisa,

relatou alunos com idade entre 11 e 14 anos que utilizam a direção de forma frequente, essa prática também foi observada entre 15, 16 e 17 anos, sendo em sua maioria do sexo masculino. O acesso a habilitação varia de acordo com a lei estabelecida em cada país, sendo menos comum em países em desenvolvimento (HUANG *et al.*, 2011).

Em relação a frequência de dirigir e o risco, é importante avaliar para comparar o risco de acidentes e identificar os principais fatores. Informações sobre eventos de colisão, geralmente não incluem todas as falhas e raramente incluem estimativas de exposição. Sendo que a melhor medida de exposição é milhas ou horas conduzidas (SIMONS-MORTON *et al.*, 2017). Embora os condutores adolescentes sejam mais suscetíveis aos efeitos do álcool do que qualquer outro grupo etário de condutores, é menos provável que o álcool seja um fator contribuinte em acidentes entre motoristas de 16 anos de idade em comparação aos motoristas adultos jovens (HUANG *et al.*, 2011).

A prática de condução sem habilitação por menores de 18 anos é evidente perante a pesquisa realizada, os resultados apontam que o maior influenciador para esta prática são os próprios familiares, tendo como principal instrutor os pais. A condução é realizada principalmente com motocicleta, carro e trator, esse, por se tratar de um município voltado para atividades agrícolas.

O acesso dos jovens a um veículo é altamente dependente da disponibilidade de um carro familiar e do rendimento disponível do agregado familiar (HANNA *et al.*, 2010). O aumento substancial no risco de acidentes automobilísticos emerge quando os adolescentes começam a dirigir e fazer passeios com os amigos. Os motoristas adolescentes começam como aprendizes, altamente dependentes de supervisores adultos, os quais ensinam-lhes a dirigir ou emprestam-lhes seus veículos. (HUANG *et al.*, 2011; ELLIOTT *et al.*, 2008). A conscientização dos pais e principalmente dos adolescentes sobre a condução arriscada e colisões, são recomendadas, pois muitas vezes eles não têm informações sobre os riscos envolvidos e suas consequências (HUSBAND, 2010). Quanto mais próximo dos 18 anos, maior é o interesse por práticas de condução (DUARTE *et al.*, 2014). Os passageiros adolescentes podem representar uma distração ou influenciar negativamente o comportamento dos

condutores adolescentes, aumentando ainda mais o risco, pois são facilmente distraídos por seus colegas (CHEN *et al.*, 2006).

Uma pesquisa realizada por um perito da área da Fisioterapia no mês de abril e setembro de 2013 em uma rodovia estadual, levantou dados sobre os tipos de lesões mais frequentes entre os motociclistas. Os tipos de lesões encontrados: cabeça e face com 11,0% de incidência, ombro 18,6%, cotovelo 8,5%, punho 12,7%, joelho 27,1%, tornozelo 22,0%. Já nas múltiplas lesões se destacaram: ombro e joelho 8,5%, joelho e tornozelo 18,6%, ombro e punho 4,2%, face, ombro e joelho 11,0% e fraturas da patela representam 1% (MELO *et al.*, 2014).

O Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT, 2011), conforme a classificação CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão), indica que os segmentos mais afetados foram: cabeça e pescoço 28,2%, múltiplas regiões do corpo 20,8%, membros inferiores 19,3%, membros superiores 18,2%, tronco 13,2% e outros com 0,3%. A motivação dos acidentes foi: por colisão traseira 21,9%, choque com objeto fixo 15,5%, saída de pista 12,2%, abalroamento transversal 11,9% e atropelamento com 10,6%.

O mecanismo do trauma é compreendido como alterações estruturais ou fisiológicas, decorrentes de forças externas, resultando em uma energia, podendo essa, ser produzida por níveis mecânicos, químicos, elétricos ou térmicos. As forças geradas possuem propriedades distintas, dependendo de sua proporção, ocorrerá o efeito de aceleração ou desaceleração, determinando sua direção. Dessa forma, a energia é transferida de um objeto para o corpo, após o impacto, ou de forma contrária; a quantidade de partículas teciduais afetada, corresponderá a intensidade dessa energia transferida, sendo determinada pela densidade tecidual e pela extensão da área afetada, sendo definida como trauma penetrante ou contuso. O mecanismo de impacto e a transferência de energia, ocorrerá devido à movimentação ou afastamento dessas partículas resultando em orifício ou cavidade. A cavitação pode ser permanente ou temporária. A cavidade temporária acontece no momento do impacto por distensão dos tecidos, seu retorno é imediato, dependendo da elasticidade presente nos tecidos envolvidos. Possibilidade de trauma interno, não visível. A cavidade

permanente ocorre no momento do impacto por compressão dos tecidos, tornando-se, visível devido ao impacto direto no tecido (GOLDMAN *et al.*, 2014; POGGETI *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2014).

A energia gerada em uma colisão não se dissipa, ela é transferida e absorvida de um corpo para outro, resultando em 3 mecanismos de colisão; colisão da máquina, corpo e dos órgãos, ocorrendo uma sequência de impactos (CORRÊA, 2012).

As forças resultam em cargas sobre o tecido gerando tensão ou estiramento, produzindo efeito de compressão, cisalhamento, torção, flexão e tensão. Os ossos são estruturas importantes, pois nos possibilitam realizar movimentos, além de oferecer um sistema de proteção aos órgãos, permite a união entre tendões e ligamentos, formando o sistema musculoesquelético. O tipo de fratura dependerá de sua resistência e densidade, na qual pode ocorrer por trauma direto, indireto ou por rotação (lesão OSME), resultando em fratura exposta ou fechada. Algumas fraturas recebem denominações específicas de acordo com o local da lesão, porém as mais citadas são; fratura em galho verde, linear, cominutiva, transversa, espiral, oblíqua, avulsão, serrilha, e fratura por impacto, contragolpe e afundamento. (PRENTICE, 2009; DUTTON, 2009; BONTRAGER *et al.*, 2015).

As lesões traumáticas de coluna cervical são consideradas de caráter de urgência, devido à proximidade da medula o que pode resultar em incapacidades físicas irreversíveis. A coluna torácica possui um complexo sistema ósseo ligamentar, apesar de ser um segmento mais rígido apresenta grande vulnerabilidade, em média 40% dos pacientes são considerados neurológicos (POZZI *et al.*, 2011).

O politrauma se caracteriza por lesões múltiplas em vários segmentos do corpo, geralmente causa o óbito, os sobreviventes ficam com sequelas permanentes, sendo o principal efeito dos acidentes de trânsito. Existem vários sistemas de classificação de fraturas da coluna tóraco-lombar, a classificação de Denis constituída por três colunas, anterior, média e posterior, dividida em: compressão, explosão, flexão distração e fratura luxação. Classifica-se, também,

por meio do índice de Magerl possuindo três grupos, que são subdivididos em: compressão A (A1 Impactadas, A2 Split (separação) A3 Explosão); distração B (B1 Lesão posterior ligamentar, B2 Lesão posterior óssea, B3 Lesão anterior – hiperextensão); rotação C (C1 Tipo A + rotação, C2 Tipo B + rotação, C3 Cisalhamento – rotação) sendo subdividida novamente (POZZI *et al.*, 2011).

Para compreender a biomecânica das lesões e o método de tratamento, aplica-se o sistema de classificação *Thoracolumbar Injury Classification and Severity Score* (TLICS), sendo apresentado pela morfologia da lesão, integridade do complexo ligamentar posterior e o estado neurológico do paciente, possuindo subcategorias, as quais são pontuadas sugerindo uma abordagem de tratamento específico (LEE *et al.*, 2005).

Nas lesões traumáticas de medular espinal, o exame neurológico se faz extremamente importante para avaliar a gravidade e o nível da lesão; a escala de Frankel apresenta cinco categorias de avaliação; motora, sensitiva e alteração dos reflexos, sendo redefinida em um padrão mais completo pela *American Spinal Injury Association* (ASIA) um sistema quantitativo para estimar o estado neurológico dos pacientes com lesão da medula espinal (VISSARIONOV *et al.*, 2016; VAN MIDDENDORP *et al.*, 2011). A escala de ASIA avalia a função motora e sensorial, através de exames em pontos e níveis de dermatomos específicos, classificando de acordo com o grau da lesão EK incompleta ou completa, além dos níveis de lesão, paraplegia ou tetraplegia (SILVA *et al.*, 2011; JOBST *et al.*, 2015).

O trauma medular resulta em alterações sensitivas, motoras e fisiológicas; a escala de medida internacional de funcionalidade (MIF) avalia a capacidade funcional, níveis de dependência, autocuidado, controle de esfínteres, mobilidade – transferências, locomoção, comunicação, e cognição social. As escalas são de grande importância dentro dos centros de reabilitação se tornando indispensável para a reavaliação, pois contribuem para um Diagnóstico Cinético Funcional mais eficaz orientando a conduta terapêutica (DA SILVA MOURÃO *et al.*, 2012).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) possibilita de forma única e padronizada, um diagnóstico sobre as funções do corpo e estruturas, deficiências, atividades, participação, limitação, restrição e fatores ambientais. Os AT implicam em uma série de consequências, a CIF fornece estruturas abrangentes sobre essas consequências, as quais podem estar relacionadas a um ou mais níveis de funcionalidade, a extensão e a influência que uma lesão pode ocasionar na vida de uma pessoa, dependerá dos fatores contextuais presentes. A CIF compõe outra versão, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Crianças e Jovens (CIF-CJ), tem o mesmo conceito, porém apresenta conteúdo específico, seu propósito é registrar o desenvolvimento das crianças e jovens e influências existentes (WEIJERMARS *et al.*, 2017; ANDRADE, 2015; WHO, 2007).

A promoção da saúde é uma estratégia de prevenção que permite gerenciar e melhorar o estado global de saúde (YASOBANT, 2017). A educação é fundamental na saúde pública, onde os fisioterapeutas desempenham funções importantes; promovendo comportamentos que protegem a saúde ou impedindo aqueles que a colocam em risco. A Fisioterapia é uma profissão da área da saúde que objetiva assumir um papel maior na atenção primária à saúde. Como parte integrante de uma equipe colaborativa de cuidados de saúde primários interdisciplinares, os fisioterapeutas podem auxiliar na promoção da saúde e na formulação de estratégias de prevenção (JONES *et al.*, 2014; HERNÁNDEZ *et al.*, 2016; PRAKASH, 2016). A Fisioterapia é essencial tanto na prevenção de acidentes, nos processos de tratamento das vítimas com traumas e atuando em todas as fases da abordagem ao paciente (MOREIRA, 2013).

Charry *et al.* (2017) desenvolveram um programa educacional com 160 adolescentes com idade média de 17,5 anos, avaliando o efeito da educação em segurança rodoviária e as atitudes e experiências de álcool e acidentes rodoviários. Foram realizadas pesquisas individuais sobre o uso de dispositivos de segurança de veículos e as atitudes em relação ao consumo e à condução sob efeito de álcool, como também oficinas educacionais, no período de 6 meses explicando diferentes mecanismos de trauma, acidentes de trânsito, imagens

de queda de carro, cuidados pré-hospitalares, cirurgia, recuperação e sequelas que permanecem após lesão.

O programa P.A.R.T.Y. (Prevenção do Risco de Trauma Relacionado ao uso de Álcool na Juventude) foi criado em 1986, no departamento de Trauma, Emergência e Cuidados Críticos de Sunnybrook – Canadá, devido ao alto número de vítimas de acidentes de trânsito, atualmente o Canadá apresenta a menor taxa de mortalidade do mundo, porém continua a ser a principal causa de morte de jovens. O programa foi implantado no Brasil em 2008, pela Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT), na busca de uma atenção maior, a prevenção primária relacionada ao trauma, principalmente de jovens próximo a obter a CNH (Carteira Nacional de Habilitação). O programa P.A.R.T.Y. tem como objetivo a prevenção de lesões por meio da educação, conscientizando os jovens sobre os riscos comportamentais e suas consequências (P.A.R.T.Y. Brasil; BROCKAM *et al.*, 2015; SMITH *et al.*, 2016). A metodologia proposta no programa P.A.R.T.Y. inclui um período de vivência em uma unidade hospitalar, mostrando a realidade nas quais os jovens podem ser submetidos, a fim de conscientizar sobre o consumo de álcool relacionado aos acidentes de trânsito. Esse projeto propõe aos estudantes de todo o Brasil, a se tornarem promotores, visando a segurança no trânsito, para jovens escolares de ensino médio e fundamental, a adquirirem posturas seguras, com ênfase primordial nas questões relacionada ao álcool e direção (SBAIT, 2017).

Em um estudo piloto, Brockamp *et al.* (2015) utilizou o programa P.A.R.T.Y. com três classes escolares, com idade entre quinze e dezesseis anos de idade que participaram do programa durante a estratégia piloto em 2011, os alunos avaliaram o programa, no qual houve um resultado satisfatório, dando interesse em continuar com o programa.

O desenvolvimento de ações preventivas, principalmente aos jovens próximos a obter a CNH, por meio da educação, conscientizando os jovens sobre os riscos comportamentais e suas consequências no trânsito são de extrema importância (CHARRY *et al.*, 2017; P.A.R.T.Y. Brasil, 2017; BROCKAMP *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

A prática de condução por menores de idade se torna evidente perante os dados da pesquisa; ao avaliar a percepção dos fatores de risco houve compreensão desses riscos pelos alunos, sendo que alguns estão dispostos a assumir esse risco. Porém, as consequências dos acidentes relacionados aos traumas, apresentados durante o seminário, despertaram interesse e conscientização sobre o assunto, obtendo um nível alto de satisfação. Dessa forma, podemos concluir que existem limitações tanto de estudos quanto de ações preventivas sobre a violência no trânsito e, principalmente, a falta de conhecimento quanto às consequências.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F.G. Funcionalidade em Indivíduos Adultos com Lesão Traumática de Plexo Braquial – Proposta de Instrumento de Avaliação baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Rio de Janeiro: UFRJ / Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <<http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1457025742.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

ARNETT, J. J. Developmental sources of crash risk in young drivers. **Injury Prevention**, v. 8, n. 2, p. 17-23, 2002.

Associação dos Municípios da Região Carbonífera- (AMREC), 2018. Disponível em: <<http://www.amrec.com.br>>. Acessado em: 9 fev. 2017. Municípios Associados.

Associação dos Municípios da Região de Laguna- AMUREL. 2018 Disponível em: <<http://www.amurel.org.br/>>. Acesso em: 9 fev. 2017. Municípios Associados.

AUTORIDADE NACIONAL SEGURANÇA RODOVIÁRIA. **ANSR: Álcool e Condução**. Disponível em: <<http://www.ansr.pt/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 20 set. 2017.

BADARÓ, A. F. V.; BASSO, D. B. A. A saúde do escolar por um olhar da fisioterapia. In: I Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde. **Convibra**. 2012. Disponível em: <<http://www.convibra.com.br/inicio.asp?ev=128&lang=pt&>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

BONTRAGER, K. L.; LAMPIGNANO, J. P. **Tratado de posicionamento radiográfico e anatomia associada**. Elsevier Brasil, 2010. p. 824.

BROCKAMP, T. *et al.* The PARTY program: a systematic approach to injury prevention for young road users around the world. **Journal of injury and violence research**, v. 7, n. 2, p. 89-90, jul. 2015.

BROCKAMP, T. *et al.* Comparison of transportation related injury mechanisms and outcome of young road users and adult road users, a retrospective analysis on 24,373 patients derived from the TraumaRegister DGU®. **Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 25, n. 1, p. 50-57. 2017.

COLICCHIO, D.; PASSOS, A. D. C. Comportamento no trânsito entre estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56. n. 5, p. 535-540. 2010.

CORREIA, R. G. *et al.* Medicina do Trabalho e Primeiros Socorros. Instituto Federal do Paraná, Presidência da República Federativa do Brasil, Ministério da Educação, Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Curitiba-PR. 2012. Disponível em: <http://ead.ifap.edu.br/netsys/public/livros/LIVROS%20SEGURAN%C3%87A%20DO%20TRABALHO/M%C3%B3dulo%20III/15%20Medicina%20do%20Trabalho%20e%20Primeiros%20Socorros/Livro_Medicina%20do%20Trabalho%20e%20Primeiros%20Socorros.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2018.

CUFFA, M. D. Percepção e comportamento de risco de beber e dirigir [Dissertação de mestrado] Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes Programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia. Curitiba. Universidade Federal do Paraná, out. 2012.

CHARRY, J. D. *et al.* Education in trauma: an educational alternative that promotes injury prevention. **Chinese journal of traumatology**, v. 20, n. 5, p. 275-277, out. 2017.

CHEN, L. H.; BAKER, S. P.; LI, G. Graduated driver licensing programs and fatal crashes of 16-year-old drivers: a national evaluation. **Pediatrics**, v. 118, n. 1, p. 56-62, jul. 2006.

DA SILVA MOURÃO, F.; MEJIA, D. P. M. Abordagem Funcional na Reabilitação Pós Traumatismo da Medula Espinhal. Pós-graduação em Fisioterapia Neurofuncional - Faculdade Ávila. 2012.

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL. PRF. Ministério da justiça e segurança pública. Disponível em: <<http://www.dprf.gov.br/Portal>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

DUARTE, E. C.; GARCIA, L. P. Adolescent drivers in Brazil: prevalence and associated factors estimated from the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 1, p. 3-16, fev.2014.

DUTTON, Mark. **Fisioterapia ortopédica: exame, avaliação e intervenção. Artmed Editora**, p. 21, 2009.

ELLIOTT, M. R.; GINSBURG, K. R.; WINSTON, F. K. Unlicensed teenaged drivers: who are they, and how do they behave when they are behind the wheel? **Pediatrics**, v. 122, n. 5, p. 994-1000, 2008.

FRANZON, A. *et al.* Um estudo sobre os fatores que levam os motociclistas a acidentes de trânsito na cidade de Umuarama. **Akrópolis - Revista Ciências Humanas da UNIPAR**, v. 21, n. 1, p. 43-54, jan./jun. 2013.

GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. Goldman's Cecil Medicine [e-book]. **Elsevier Health Sciences**, p. 2328, 2014.

HANNA, C. L. *et al.* Road traffic crash circumstances and consequences among young unlicensed drivers: a Swedish cohort study on socioeconomic disparities. **BMC public health**, v. 10, n. 1, p. 1-8, jan. 2010.

HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, J.; LOZANO-GARCÍA, L. J.; MURILLO-VARELA, Y. A. Experiencias de educación para la salud en fisioterapia. **Rev Univ. Salud**, v. 18, n. 3, p. 576-585, 2016.

HUANG, P.; WINSTON, F. K. Young drivers. *In: Handbook of traffic psychology*, 1. ed. ELSEVIER Bryan Porter, p. 315-338. 2011.

HUSBAND, P. **Young and Emerging Drivers**. Devon County Council, Plymouth University. p. 60, 2010.

JOBST, E. E.; BURKE-DOE, A. **Casos clínicos em fisioterapia e reabilitação neurológica**. AMGH Editora, p. 158-159, 2015.

JONES, S. C.; DONOVAN, R. J. Does theory inform practice in health promotion in Australia? **Health Education Research**, v. 19, n. 1, p. 1-14. 2014.

KHALID, M. T. *et al.* Current role of physiotherapy in response to changing healthcare needs of the society. **International Journal of Education and Information Technology**, v. 1, n. 3, p. 105-110, 2015.

LEE, J. Y. *et al.* Thoracolumbar injury classification and severity score: a new paradigm for the treatment of thoracolumbar spine trauma. **Journal of Orthopaedic Science**, v. 10, n. 6, p. 671-675, 2005.

SCHMID MAST, M. *at al.* Masculinity causes speeding in young men. **Accident Analysis Prevention**, v. 40, n. 2, p. 840-842. 2008.

MELO, M. S. *et al.* Incidência de acidentes de trânsito com motocicleta: complicações e dados estatísticos de segurados DPVAT: In XXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA, 2014. Curitiba. **Anais**

eletrônicos... Curitiba, CBEB, 2014. Disponível em: <http://w.canal6.com.br/cbeb/2014/artigos/cbeb2014_submission_775.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2018.

MOREIRA, B. S. A biomecânica da fratura e o processo de cicatrização. **Cadernos Unisuam**, v. 3, n. 1, p. 101-117, jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Lesiones causadas por el tránsito. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

P.A.R.T.Y BRASIL. Prevenção do Trauma Relacionado ao Álcool na Juventude. Disponível em: <<https://programapartybrasil.wordpress.com/about/>>. Acesso em: 10 out. 2017.

PESQUISA MÉDICO-HOSPITALAR. Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT), Ministério dos Transportes, Diretoria de infraestrutura rodoviária, coordenação geral de operações rodoviárias. Dez, 2011. Disponível em: <<http://www.dnit.gov.br/download/rodovias/operacoes-rodoviaras/estatisticas-de-acidentes/pesquisa-medico-hospitalar-relatorio-especifico-ac-df-pb-pr-rs-sc-s-2011.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

PERKONS. **O Jovem e o Trânsito**. 2013. Disponível em: <<http://www.perkons.com.br/pt/estudos-e-pesquisas-detalhes/65/pesquisa-o-jovem-e-o-transito>>. Acesso em: 10 out. 2017.

POGETI, S. R.; NOVO, F. C. F. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 52-61, 2012.

POZZI, Isabel *et al.* **Manual de trauma ortopédico**. SBOT. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. 2011. 386 p.

PRAKASH R. H. Physiotherapy in preventive and promotive health - A road map. Global Physiotherapy Congress Atlanta, USA. 2016

PRENTICE, William E. Fisioterapia na prática esportiva. **AMGH Editora**, p. 179-190, 2009.

RENIERS, R. L. *et al.* Risk perception and Risk-Taking Behaviour during Adolescence: the influence of personality and gender. *PLOS ONE*, v. 11, n. 4, p. 1-14. 2016.

RYB, G. E. *et al.* ReadRisk perception and impulsivity: association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accident Analysis e Prevention*. v. 38, n. 3, p. 567-573. 2006.

SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT). Disponível em: <https://www.seguradoralider.com.br/Documents/Relatorio-Anual/Relatorio-Anual-Seguradora%20Lider_2017.pdf> Acesso em: mar. 2018.

SILVA, A. R. *et al.* Trauma - Curso de Abordagem Integrada ao Traumatizado (CAIT), Manual da Reanima – CAIT. 1. ed. digital, p. 29-36, 2014.

SILVA, J. B.; BRANCO, F. R. **Fisioterapia aquática funcional**. São Paulo: Artes Médicas, p. 306-307, 2011.

SIMONS-MORTON, B. G. Teen Driving Risk and Prevention: Naturalistic Driving Research Contributions and Challenges. *Safety*, v. 3, n. 4, p. 2-16, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAUMATIZADO. SBAIT. Disponível em: <<https://sbaitbrasil.wordpress.com/page/114/>>. Acesso em: 9 fev. 2017. Criadora do Programa P.A.R.T.Y. conhece projetos da Concessionária Rota das Bandeiras.

SULLIVAN, K. J. A. Vision for society: physical therapy as partners in the national health agenda. *Physical therapy*, v. 91, n. 11, p. 1664-1672, 2011.

SMITH, J. *et al.* Regional patterns in young driver and motorcyclist collision deaths in British Columbia, 2004 to 2012. *British Columbia medical journal*, v. 58, n. 1, 2016.

STATON, C. *et al.* Road traffic injury prevention initiatives: a systematic review and metasummary of effectiveness in low and middle income countries. *PLOS ONE*, v. 11, n. 1, p. 1-15, 2016.

STEVENSON, M.; THOMPSON, J. On the road to prevention: road injury and health promotion. **Health promotion journal of Australia**, v. 25, n. 1, p. 4-7, 2014.

SJÖBERG, L.; MOEN, B. E.; RUNDMO, T. Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research, v. 10, n. 2, p. 665-612, 2004.

TAGHIZADEH, M. H. Adolescence Health: The Needs, Problems and Attention. **International Journal of Pediatrics**, v. 4, n. 2, p. 1423-1438. 2016.

TOROYAN, T.; PEDEN, M. (ed.) Youth and Road Safety, Geneva. World Health Organization, 2007.

VAN MIDDENDORP, J. J. *et al.* Uma regra de predição clínica para resultados de deambulação após lesão medular traumática: um estudo de coorte longitudinal. *The Lancet*, v. 377, n. 9.770, p. 1004-1010, 2011.

VISSARIONOV, S. V.; BAINDURASHVILI, A. G.; KRYUKOVA, I. A. International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injuries (ASIA/ISNCSCI scale, revised 2015). **Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery**, v. 4, n. 2, p. 67-72, 2016.

WEIJERMARS, W. *et al.* Physical and psychological consequences of serious road traffic injuries, Deliverable 7.2 of the H2020 project SafetyCube. 2017. Tese de Doutorado. IFSTTAR-Institut Français des Sciences et Technologies des Transports, de l'Aménagement et des Réseaux. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO) International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY. 2007.

YASOBANT, S.; MOHANTY, S. Would Physiotherapists be Public Health Promoters? Concern or Opportunity for Indian Public Health System. **Austin Palliat Care**, v. 2, n. 1, p. 10-15, 2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da Saúde Coletiva vem ampliando seu alcance ao longo dos últimos anos e tem sido a lente pela qual os fenômenos de saúde são compreendidos. Esse olhar possibilita a análise sobre uma multiplicidade de experiências de diferentes âmbitos.

O Núcleo de Saúde Coletiva, juntamente com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unesc, entende esta obra como valiosa para a Saúde Coletiva. É um espaço que oportuniza a reflexão de práticas e saberes construídos na área, mostrando a multiplicidade de espaços e pontos que tecem a rede de conhecimento que constitui esta como área de conhecimento tão cara à saúde da população.

Ofertar possibilidades de discussão e reflexão sobre os diversos temas que compõem a grande área de saúde coletiva é um dos objetivos do Núcleo de Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Esta é a primeira de uma série de obras que se tornarão espaço de diálogo do segmento.

